

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Geburtshilfliche Vorbelastung – Ein Thema für die stationäre Psychotherapie?

DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

im Fach Psychologie

eingereicht an der
Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II
der Humboldt-Universität zu Berlin

von
Dipl.-Psych. Kerstin Iris Treppesch

Präsident der Humboldt Universität zu Berlin:

Prof. Dr. J.-H. Olbertz

Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II: Prof. Dr. E. Kulke

Datum der Verteidigung: 25. April 2014

Gutachter: Herr PD Dr. Reinhard Beyer
Herr Prof. Dr. Edgar Geissner
Frau PD Dr. Martina Rauchfuß

Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung soll klären, ob und inwieweit zurückliegende geburtshilfliche Vorbelastungen (Schwangerschaftsverluste und -abbrüche) für die Durchführung einer stationären Psychotherapie relevant sein können.

Aufbauend auf zwei Vorstudien wurden in die retrospektive, querschnittliche Hauptuntersuchung 440 Patientinnen einer psychosomatischen Klinik und 585 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung einbezogen. Die geburtshilfliche Anamnese und alle psychologischen Parameter (Attribution, Verarbeitung, posttraumatische und Trauerreaktionen, aktuelles psychisches Befinden) wurden mittels standardisierter Fragebögen erhoben und deskriptiv sowie parametrisch ausgewertet.

Sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in der stationären Psychosomatik wiesen 26% der Teilnehmerinnen eine geburtshilfliche Vorbelastung auf, welche durchschnittlich 20 Jahre zurückliegt. 11% der betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung und 31% der Betroffenen in der stationären Psychosomatik nehmen eine anhaltende psychische Belastung durch die geburtshilfliche Vorerfahrung wahr. Trotz der subjektiv anhaltenden psychischen Belastung bei 31% der betroffenen Patientinnen unterscheiden sich diese hinsichtlich ihres aktuellen psychischen Befindens (Depressivität, somatische Symptome, Stress) nicht von Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung. Unterschiede bestehen hingegen zwischen betroffenen stationär psychosomatischen Patientinnen und ebenfalls betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung: Bei Patientinnen in der stationären Psychosomatik sind dysfunktionale Verarbeitungsmuster und Trauerreaktionen stärker ausgeprägt.

Regressionsanalytische Berechnungen an der Gruppe der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik zeigen, dass eine Attribution zurückliegender Schwangerschaftsverluste auf „Merkmale der eigenen Person“ mit einem schlechteren Allgemeinbefinden einhergeht. Auch das Ausmaß posttraumatischer Symptome lässt sich teilweise durch Attributionsmuster und Verarbeitungsstrategien erklären.

Obwohl aufgrund des Studiendesigns keine kausalen Schlüsse gezogen werden können, liefern die Ergebnisse wichtige Hinweise auf Häufigkeiten geburtshilflicher Vorbelastungen bei Patientinnen in der stationären Psychosomatik, auf mögliche psychische Beeinträchtigungen und entsprechende Ansatzpunkte in der Psychotherapie.

Schlagworte: geburtshilfliche Vorbelastung
 Schwangerschaftsverlust
 Schwangerschaftsabbruch
 stationäre Psychotherapie
 psychische Besonderheiten

Abstract

The aim of this study is to explore whether and to what extent negative obstetric history (pregnancy loss and abortion) may be relevant for inpatient psychotherapy.

Based on two preliminary studies, data of 440 inpatients of a psychosomatic hospital and 585 women from the general population were included in the retrospective, cross-sectional main study. Both the obstetric history as well as psychological parameters (attribution, coping, post-traumatic stress, grief reactions, current mental condition) were collected using standardized questionnaires and evaluated by descriptive and parametric statistic methods.

In both groups (general population and psychosomatic inpatients) 26% of the participants reported a negative obstetric history, dating back an average of 20 years. Of these women, 11% from the general population and 31% of psychosomatic inpatients perceive an ongoing psychological strain because of their negative obstetric experience. Despite the subjective persistent psychological strain in 31% of the affected inpatients, they do not differ from inpatients without negative obstetric history in terms of their current mental condition (depression, somatic symptoms, stress). However, there are differences between psychosomatic inpatients with a negative obstetric history and affected women from the general population: Dysfunctional coping patterns and grief reactions are more pronounced with women in inpatient psychosomatic treatment.

Regression analyses regarding psychosomatic inpatients with a negative obstetric history show that attributing past pregnancy losses to “personal characteristics” results in poorer general health. The extent of post-traumatic symptoms can also be explained partly by attributional patterns and coping styles.

Although due to the study's design, no causal conclusions can be drawn, the results provide important information on the incidence of negative obstetric history of inpatients in psychosomatic treatment, on possible psychological impairments and on suitable approaches in psychotherapy.

Keywords: negative obstetric history

pregnancy loss

voluntary abortion

inpatient psychotherapy

psychological characteristics

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	15
2	Theoretischer Hintergrund	16
2.1	Geburtshilfliche Definitionen, Epidemiologie, Ätiologie und juristische Hintergründe	16
2.1.1	Schwangerschaftsverluste	16
2.1.1.1	Definitionen von Fehl- und Totgeburten	17
2.1.1.2	Gesetzliche Grundlagen bei Fehl- und Totgeburten	17
2.1.1.3	Epidemiologie von Fehl- und Totgeburten	17
2.1.1.4	Ätiologie – medizinische Ursachenfaktoren	18
2.1.2	Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation: Definition, gesetzliche Grundlagen und Epidemiologie	19
2.1.3	Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung: Definition, gesetzliche Grundlagen und Epidemiologie	20
2.2	Schnittstelle 1: Psychosomatik in der Geburtshilfe	20
2.2.1	Psychische Faktoren als vorausgehende / komplizierende Bedingungen bei Schwangerschaftsverlusten	21
2.2.1.1	Biopsychologisches Stressmodell nach Läßle und Lukesch (1988)	21
2.2.1.2	Psychoneuroendokrinologisches Stressmodell nach Mulder et al. (2002)	22
2.2.1.3	Psychoimmunologische Modelle	23
2.2.1.4	Zusammenfassung: Psychische Faktoren vor Schwangerschaftsverlusten	25
2.2.2	Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsverlusten bzw. Schwangerschaftsabbrüchen	25
2.2.2.1	Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsverlusten	25
2.2.2.1.1	Trauerreaktionen	26
2.2.2.1.2	Depressive Reaktionen	30
2.2.2.1.3	Angstreaktionen	33
2.2.2.1.4	Posttraumatische Reaktionen	34
2.2.2.1.5	Mögliche Langzeitfolgen nach Schwangerschaftsverlusten	36
2.2.2.1.6	Zusammenfassung: Psychische Faktoren nach Schwangerschaftsverlusten	36
2.2.2.1.7	Psychosomatische Beratungs- und Behandlungsansätze	37
2.2.2.2	Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation	40
2.2.2.2.1	Übersicht über mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation	41
2.2.2.2.2	Bisherige Beratungs- und Behandlungsansätze	43
2.2.2.3	Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung	44

2.2.2.3.1	Erleichterung / Entlastung nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung	44
2.2.2.3.2	Trauerreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren	45
2.2.2.3.3	Depressive Reaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren	46
2.2.2.3.4	Angstreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren	47
2.2.2.3.5	Posttraumatische Reaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren	48
2.2.2.3.6	Mögliche Langzeitfolgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren	49
2.2.2.3.7	Zusammenfassung: Psychische Faktoren nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung	50
2.2.2.3.8	Bisherige Beratungs- und Behandlungsansätze	50
2.2.3	Zusammenfassung: Psychosomatik in der Geburtshilfe	51
2.3	Schnittstelle 2: Geburtshilfliche Aspekte in der Psychosomatik	51
2.3.1	Theoretische Überlegungen – Einbindung geburtshilflicher Ereignisse in biopsychosoziale Pathogenesemodelle psychischer Störungen	52
2.3.1.1	Komplizierte Trauer	52
2.3.1.2	Depression	53
2.3.1.3	Angst	54
2.3.1.4	Posttraumatische Belastungsstörung	54
2.3.2	Bisherige klinische Praxis	55
2.3.3	Bisherige Forschungsergebnisse	56
2.3.4	Zusammenfassung: Geburtshilfliche Hintergründe in der Psychosomatik	56
3	Zielsetzung	58
4	Hypothesengenerierende Voruntersuchungen	59
4.1	Erste Voruntersuchung: Patientinnenbefragung in der stationären Psychosomatik (Fertl et al., 2010a)	59
4.1.1	Fragestellungen der ersten Voruntersuchung	59
4.1.2	Methode der ersten Voruntersuchung	59
4.1.2.1	Untersuchungsdesign	59
4.1.2.2	Erhebungs- und Auswertungsmethoden	60
4.1.3	Ergebnisse der ersten Voruntersuchung	61
4.1.3.1	Rücklaufquote	61
4.1.3.2	Häufigkeiten verschiedener geburtshilflicher Vorbelastungen	62
4.1.3.3	Aktuelle psychische Belastung	63
4.1.3.4	Attributionsmuster	65

4.1.3.5	Bewältigungsstrategien	66
4.1.3.6	Schwangerschaftsverluste vs. Abbrüche nach der Beratungsregelung	66
4.1.3.7	Frauen mit geburtshilflichen Vorbelastungen und anhaltender psychischer Belastung	67
4.1.4	Zusammenfassung der ersten Voruntersuchung	70
4.2	Zweite Voruntersuchung: Therapeutenbefragung (Fertl et al., 2010b)	71
4.2.1	Ziel der zweiten Voruntersuchung	71
4.2.2	Methode der zweiten Voruntersuchung	72
4.2.3	Ergebnisse der zweiten Voruntersuchung	73
4.2.3.1	Einschätzungen und Angaben aller befragten Therapeuten	73
4.2.3.2	Unterschiede zwischen ambulanten und stationären TherapeutInnen	74
4.2.3.3	Unterschiede zwischen ärztlichen und psychologischen Therapeuten	75
4.2.4	Zusammenfassung der zweiten Voruntersuchung	75
5	Ableitung der Hypothesen	76
6	Hauptuntersuchung	78
6.1	Methode der Hauptuntersuchung	78
6.1.1	Untersuchungsdesign	78
6.1.2	Stichproben	80
6.1.2.1	Schätzung der erforderlichen Stichprobenumfänge	80
6.1.2.2	Beschreibung der Stichproben der Hauptuntersuchung	81
6.1.3	Erhebungsmethoden	84
6.1.3.1	Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL, Hiller et al., 1995) (stationär)	85
6.1.3.2	Screeningfragebogen	85
6.1.3.3	Fragebogen zum Verlauf bisheriger Schwangerschaften	85
6.1.3.4	Fragebogen zu den unterschiedlichen geburtshilflichen Vorbelastungen	86
6.1.3.5	Allgemeine Psychometrie	86
6.1.3.5.1	Beck-Depressionsinventar-II (Hautzinger et al., 2009)	86
6.1.3.5.2	Personal-Health-Questionnaire (PHQ, Löwe et al., 2002)	87
6.1.3.6	Spezifische Psychometrie	87
6.1.3.6.1	Skalen zu Attributions- und Verarbeitungsmustern nach Fehlgeburten (Bergner et al., 2008)	88
6.1.3.6.2	Münchener Trauerskala (Beutel et al., 1995b)	88
6.1.3.6.3	Impact-of-Event-Scale-Revised (Maercker & Schützwohl, 1998)	89
6.1.4	Auswertungsmethoden	89
6.1.4.1	Gruppenunterschiede: Mittelwertsvergleiche	89
6.1.4.2	Zusammenhänge: Regressionsanalysen	91
6.1.5	Zusammenfassung	94
6.2	Ergebnisse der Hauptuntersuchung	94
6.2.1	Häufigkeiten und Charakteristika geburtshilflicher Vorbelastungen	94

6.2.2	Gruppenunterschiede	96
6.2.2.1	Unterschiede zwischen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastungen	96
6.2.2.2	Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastungen	97
6.2.2.3	Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung	98
6.2.2.4	Zweifaktorielle Gesamtbetrachtung der Faktoren „Setting“ und „Geburtshilfliche Vorbelastung“	101
6.2.2.5	Zusammenfassung der gruppenvergleichenden Berechnungen	102
6.2.3	Zusammenhänge: regressionsanalytische Berechnungen zu möglichen Indikatoren und Prädiktoren anhaltender Belastung	102
6.2.3.1	Reduktion der Prädiktoren und Indikatoren mittels schrittweiser Regressionsanalysen	103
6.2.3.2	Darstellung der regressionsanalytischen Modelle (blockweise)	103
6.2.3.3	Zusammenfassung der regressionsanalytischen Berechnungen	111
6.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Hauptuntersuchung	111
7	Diskussion der Ergebnisse	114
7.1	Geburtshilfliche Vorbelastungen in der stationären Psychosomatik – Übersicht (Vorstudie 1)	114
7.2	Bisherige Beachtung von geburtshilflichen Vorbelastungen in der stationären Psychotherapie (Vorstudie 2)	117
7.3	Häufigkeiten geburtshilflicher Vorbelastungen bei Patientinnen in der stationären Psychosomatik	119
7.4	Unterschiede und Besonderheiten der betroffenen Patientinnen gegenüber nicht betroffenen Patientinnen und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung	121
7.5	Prädiktoren und Indikatoren für eine anhaltende psychische Belastung bei stationär psychosomatischen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen	123
7.6	Zusammenfassung aller Ergebnisse	128
7.7	Schlussfolgerungen für die Praxis	129
7.8	Methodenkritische Überlegungen und Ausblick	132
8	Literatur	134
9	Eidesstattliche Erklärung	149
10	Lebenslauf	150
11	Publikationen und Vorträge	151
12	Danksagung	153
13	Anhang	155

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen der Vorstudie 1	62
Tabelle 2	Zusammensetzung der Störungsgruppen und Häufigkeiten der F-Diagnosegruppen nach ICD-10 bei Frauen mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (Vorstudie 1)	64
Tabelle 3	Unterschiede in den Werten auf den SCL-90-R-Skalen zwischen Frauen mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (Vorstudie 1)	65
Tabelle 4	Mittelwerte auf den Attributionsskalen: Frauen aus der Allgemeinbevölkerung wenige Wochen nach einer Fehlgeburt versus Teilnehmerinnen der Vorstudie 1	65
Tabelle 5	Mittelwerte auf den Verarbeitungsskalen: Frauen aus der Allgemeinbevölkerung wenige Wochen nach einer Fehlgeburt versus Teilnehmerinnen der Vorstudie 1	66
Tabelle 6	Unterschiede zwischen Frauen mit Schwangerschaftsverlusten und Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung	67
Tabelle 7	Unterschiede zwischen betroffenen Frauen mit aktueller Belastung versus Frauen ohne aktuelle Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung	69
Tabelle 8	Angaben zu den befragten Therapeuten (Vorstudie 2)	72
Tabelle 9	tatsächliche Stichprobenumfänge Hauptuntersuchung	81
Tabelle 10	Übersicht soziodemographische Angaben ambulante vs. stationäre Teilnehmerinnen (Hauptuntersuchung)	83
Tabelle 11	Unterschiede zwischen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit und ohne geburtshilflicher Vorbelastung	97
Tabelle 12	Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastung	98
Tabelle 13	Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung – allgemeines psychisches Befinden	99

Tabelle 14	Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung – spezifische Variablen	100
Tabelle 15	Ergebnisse der 2x2 faktoriellen Varianzanalyse	101
Tabelle 16	multiple Regression von „Depression“ (BDI-II) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	104
Tabelle 17	multiple Regression von „Depressivität“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	105
Tabelle 18	multiple Regression von „somatische Symptome“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	106
Tabelle 19	multiple Regression von „Stress“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	107
Tabelle 20	multiple Regression von „Intrusion“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	108
Tabelle 21	multiple Regression von „Intrusion“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	109
Tabelle 22	multiple Regression von „Übererregung“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	häufige Abortursachen (Stauber und Weyerstahl, 2005)	19
Abbildung 2	Duales Prozessmodell nach Stroebe & Schut (1999)	27
Abbildung 3	Kriterien der Komplizierten Trauer nach Horowitz et al. (1997)	28
Abbildung 4	Symptome depressiver Störungen nach ICD-10	30
Abbildung 5	ICD-10-Forschungskriterien Posttraumatische Belastungsstörungen	34
Abbildung 6	Krankheitsmodell der Komplizierten Trauer (Rosner et al., 2011)	53
Abbildung 7	Entstehungsmodell Depression nach Hautzinger (2000)	54
Abbildung 8	Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung nach Ehlers & Clark (Ehlers, 1999)	55
Abbildung 9	Fragestellungen der Vorstudie 1	59
Abbildung 10	Untersuchungsdesign Vorstudie 1	60
Abbildung 11	Gründe für und gegen das explizite Erfragen der geburtshilflichen Vorbelastung (Vorstudie 2)	74
Abbildung 12	Untersuchungsdesign Hauptstudie	78
Abbildung 13	prozentuale Aufteilung der Hauptdiagnosengruppen der stationären Stichprobe (Hauptuntersuchung)	82
Abbildung 14	Erhebungsmethoden Hauptstudie	84
Abbildung 15	multiple Regressionen: Prädiktoren / Indikatoren und Kriterien	92
Abbildung 16	Untergruppen geburtshilflicher Vorbelastungen stationäre vs. ambulante Teilnehmerinnen	95
Abbildung 17	prozentuale Verteilung der subjektiven Einschätzungen der aktuellen psychischen Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung getrennt für ambulante und stationäre Teilnehmerinnen	96

1 Einleitung

Psychosomatische Inhalte finden in der geburtshilflichen Forschung und Praxis zunehmend Beachtung. Ergebnisse aus der Forschung zu möglichen psychischen Komplikationen im Vorfeld und in der Folge von Schwangerschaftsverlusten zogen Veränderungen im klinischen Alltag nach sich. In vielen geburtshilflichen Einrichtungen verfügen einige Ärzte über psychosomatische Zusatzausbildungen. In einigen wenigen Frauenkliniken sind mittlerweile Psychologen oder Psychotherapeuten ins Team integriert und arbeiten dort im Liaison-Dienst oder bieten Spezialsprechstunden an.

Im Gegensatz dazu werden gynäkologische und geburtshilfliche Themen in psychosomatischen Kliniken bisher selten dezidiert und systematisch beachtet. Auch in der Forschungsliteratur finden sich kaum Studien zu geburtshilflichen Vorbelastungen und möglichen psychischen Folgen bei Patientinnen, welche sich in stationärer psychosomatischer Behandlung befinden.

Aus dieser Konstellation leitete sich die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit ab. Ziel der Arbeit war es, das Feld der stationären Psychosomatik im Hinblick auf geburtshilfliche Themen und deren Einflüsse auf das psychische Befinden der Betroffenen zu sondieren. Dies erfolgte im Rahmen von zwei Vorstudien und einer Hauptuntersuchung.

Vorstudie 1 diente einer deskriptiven Analyse der geburtshilflichen Anamnese von Patientinnen einer psychosomatischen Klinik, einer ersten Abbildung möglicher psychischer Besonderheiten der betroffenen Patientinnen und einer Ableitung der Rechtfertigung von umfassenderen Untersuchungen. Vorstudie 2 ermöglichte die Erfassung der bisherigen Berücksichtigung geburtshilflicher Themen in der Psychotherapie durch die Befragung von stationär und ambulant tätigen Therapeuten.

Aufbauend auf beiden Voruntersuchungen widmete sich die Hauptuntersuchung der umfassenden Abbildung von geburtshilflichen Vorbelastungen sowie damit möglicherweise einhergehenden psychischen Auffälligkeiten der betroffenen Patientinnen. Dazu wurden sowohl Vergleiche innerhalb der stationären Patientinnen (mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung) als auch Vergleiche von stationären Patientinnen mit Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (rekrutiert über Berliner Frauenarztpraxen) vorgenommen. Zusätzlich wurde die Herausarbeitung von Prädiktoren und Indikatoren anhaltender psychischer Belastungen bei stationär psychosomatischen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen angestrebt.

2 Theoretischer Hintergrund

Zu Beginn der theoretischen Erörterungen werden Definitionen der Untergruppen geburtshilflicher Vorbelastungen angeführt, gefolgt von Angaben zu gesetzlichen Grundlagen, Epidemiologie und Ätiologie (Abschnitt 2.1, S. 16).

In Abschnitt 2.2. (S. 20) liegt der Fokus auf psychosomatischen Inhalten, die in der geburtshilflichen Forschung und Praxis eine Rolle spielen (Schnittstelle 1). Dabei wird zunächst die Rolle psychischer Faktoren als mögliche vorausgehende, komplizierende Faktoren im Vorfeld von Schwangerschaftsverlusten sowie als Folgeerscheinungen von Schwangerschaftsverlusten beleuchtet. Es wird insbesondere auf die Bereiche Trauer, Depression und posttraumatische Symptome eingegangen. Anschließend werden mögliche psychische Folgen von Schwangerschaftsverlusten bei medizinischer Indikation sowie nach der Beratungsregelung thematisiert. Zu entsprechenden psychologischen Beratungs- und Behandlungsangeboten wird ebenfalls berichtet.

Darauf aufbauend erfolgt in Abschnitt 2.3. (S. 51) die Darstellung geburtshilflicher Hintergründe in der Psychosomatik (Schnittstelle 2). Möglichkeiten der Einbindung geburtshilflicher Vorbelastungen in theoretische psychosomatische Ätiologiemodelle psychischer Störungen werden dargestellt, ebenso wie die bisherige klinische Praxis hinsichtlich der Berücksichtigung der geburtshilflichen Anamnese in der Psychotherapie und entsprechende Forschungsergebnisse.

2.1 Geburtshilfliche Definitionen, Epidemiologie, Ätiologie und juristische Hintergründe

Im folgenden Abschnitt werden jeweils getrennt für Schwangerschaftsverluste, Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation und Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung Definitionen sowie Angaben zu Epidemiologie, Ätiologie und juristischen Hintergründen dargestellt.

2.1.1 Schwangerschaftsverluste

Unter dem Begriff Schwangerschaftsverluste werden Fehlgeburten (Früh- und Spätaborte) und Totgeburten zusammengefasst. Im Folgenden werden die jeweiligen Definitionen erläutert.

2.1.1.1 Definitionen von Fehl- und Totgeburten

Bei einer Fehlgeburt (Spontanabort) „handelt es sich um eine vorzeitige Beendigung der Gravidität mit oder ohne Ausstoßung der toten Frucht mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm“ (Dimpfl & Stumpfe in Stauber & Weyerstahl, 2005, S. 490), die nicht artifiziell herbeigeführt wurde. Es wird zwischen Frühabort (bis zur 12. Schwangerschaftswoche (SSW)) und Spätabort (zwischen 13. und 22. bzw. 24. SSW) unterschieden (Dimpfl & Stumpfe in Stauber & Weyerstahl, 2005 bzw. Kainer in Dudenhausen et al., 2003). Schmidt-Matthiesen und Schauf (in Schmidt-Matthiesen & Wallwiener, 2005) ziehen die Grenze zwischen Früh- und Spätabort dagegen erst in der 16. SSW.

Um eine Totgeburt handelt es sich bei einem Kind mit einem Geburtsgewicht von 500 Gramm und mehr (circa ab der 24. SSW) (WHO, 1999), bei dem kein erkennbares Lebenszeichen nachzuweisen ist, also weder das Herz geschlagen, noch die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (Personenstandsverordnung §31, Bundesministerium der Justiz, 2008). Die Senkung der Gewichtsgrenze von 1000 auf 500 Gramm im Jahr 1979 orientierte sich daran, dass Neugeborene unter anderem aufgrund der fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten ab einem Gewicht von 500 Gramm potentiell lebensfähig sein können.

2.1.1.2 Gesetzliche Grundlagen bei Fehl- und Totgeburten

Wird eine Frau von einem Kind mit einem Geburtsgewicht von unter 500 Gramm entbunden, bei dem keinerlei Lebenszeichen bestehen, erfolgt keine Eintragung ins Personenstandsregister (Personenstandsverordnung §31, Bundesministerium der Justiz, 2008). Eine Bestattungspflicht besteht nicht, jedoch ein Bestattungsanspruch, falls die Eltern dies wünschen. Ansonsten übernimmt die Klinik die „Entsorgung des Abortmaterials“ im Rahmen der bestehenden Vorschriften.

Bei einer Entbindung eines lebenden Kindes ab der 24. SSW sind die Mediziner zur Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen verpflichtet. Bei einem tot geborenen Kind mit einem Geburtsgewicht von 500 Gramm und mehr werden eine Geburtsurkunde und ein Totenschein ausgestellt. Die Regelung der Bestattungspflicht ist Ländersache. In Bayern besteht für tot geborene Kinder mit einem Geburtsgewicht ab 500 Gramm Bestattungspflicht (Bestattungsgesetz Bayern Art. 6, 1974), in Berlin ab einem Geburtsgewicht von 1000 Gramm (Bestattungsgesetz Berlin § 15, 1995). Individual-, Sammel- und Anonymbestattungen sind möglich.

2.1.1.3 Epidemiologie von Fehl- und Totgeburten

Hinsichtlich der Epidemiologie von Fehlgeburten lassen sich Zahlen zwischen 10 und 20% finden, jeweils mit dem Hinweis, dass Frühgestaborte häufig nicht als solche erkannt werden. Des-

halb muss davon ausgegangen werden, dass insgesamt zwischen 40 und 75% der befruchteten Eizellen spontan abgehen (Trautmann et al. in Beckermann & Perl, 2004, Dimpfl & Stumpfe in Stauber & Weyerstahl, 2005, Griebel et al. 2005, Tempfer, 2006). Ab zwei aufeinander folgenden Abgängen wird von rezidivierenden, ab drei von habituellen Aborten gesprochen. Laut Kainer (in Dudenhausen et al., 2003) beträgt das Risiko, nach einem Abort einen weiteren zu erleiden, 20%. Nach dem zweiten Abort steigt die Gefahr einer weiteren Fehlgeburt auf 30%. Die Wahrscheinlichkeit, drei oder mehr Aborte in Folge zu erleiden, wird meist mit unter 1% (Clifford et al., 1997, Porter & Scott, 2005), zum Teil aber auch mit bis zu 3% angegeben (Brigham et al., 1999, Jivraj et al., 2001). Nach den Ergebnissen einer umfassenden Erhebung durch Cousens et al. (2011) kamen 2009 in Deutschland auf 1000 Neugeborene 2.4 Totgeburten, wobei hier ein Geburtsgewicht von unter 1000 Gramm, bzw. eine Geburt nach Vollendung der 27. SSW zugrunde gelegt wurde. Bei Verwendung der in Deutschland gültigen 500-Gramm-Grenze gelten für die Bundesrepublik für das Jahr 2010 folgende Zahlen: auf 1000 Lebendgeburten kamen 3.6 Totgeburten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012).

2.1.1.4 Ätiologie – medizinische Ursachenfaktoren

Im Hinblick auf die Ätiologie von Fehlgeburten kommen verschiedene medizinische Faktoren in Frage: Obwohl 50-70% der Spontanaborte durch chromosomale Anomalien der Frucht verursacht werden (Dimpfl & Stumpfe in Stauber & Weyerstahl, 2005), muss dennoch davon ausgegangen werden, dass eine Fehlgeburt meist ein multifaktorielles Ereignis darstellt. In Abb. 1 (S. 19) ist eine Übersicht zu den häufigsten Abortursachen aus Stauber und Weyerstahl (2005) angeführt.

Nach dem ersten Abort wird in der Regel keine umfassende Ursachensuche betrieben, weil die Wahrscheinlichkeit, einen weiteren Abort zu erleiden, nicht zwingend erhöht ist. Darüber hinaus soll auch eine unnötige Pathologisierung des Geschehens vermieden werden. Es liegen sowohl in der Literatur als auch in der Praxis verschiedene Empfehlungen zur kausalen Abklärung von Aborten vor (Li, 1998, Dhont, 2003 sowie Habayeb & Konje, 2004). Lim et al. (1996) benennen insbesondere bei habituellen Aborten endokrinologische und immunologische Faktoren als häufige Ursachen. Die Autoren vermerken zusätzlich, dass Fehlgeburten nicht selten somatisch un- aufgeklärt bleiben (15-79%). Da sowohl das endokrinologische als auch das Immunsystem starken Einflüssen durch die psychische Befindlichkeit unterliegen können (siehe auch Abschnitte 2.2.1.2., S. 22 und 2.2.1.3., S. 23), sollte insbesondere bei Frauen mit rezidivierenden oder habituellen Aborten die Erhebung psychischer Instabilitäten nicht unterbleiben. So kann eine eventuell psychosomatisch (mit)bedingte Fehlgeburt erklärt und der Versuch unternommen werden, durch entsprechende Maßnahmen das Risiko eines weiteren Aborts zu senken (Trautmann et al. in Beckermann & Perl, 2004, Stauber in Stauber & Weyerstahl, 2005).

Genitale Anomalien <ul style="list-style-type: none"> • Missbildungen (uterine Doppelbildung, intrauterine Synechien) • Uterustumoren (Myome) • Zervixinsuffizienz (Trauma, Bindegewebsschwäche) • Endokrine Störungen (Endometriuminsuffizienz) • Infektionen (Zervizitis, Endometritis) • Hypermotilität (psychovegetative Störung, Fieber)
Extragenitale Anomalien <ul style="list-style-type: none"> • Endokrine Störungen (Diabetes, Hyperthyreose, Tetanie) • Virale und bakterielle Infektionen (fieberbedingte Hypermotilität des Uterus, infektiöse bzw. toxische Fruchtschädigung) • Anämie • Trauma • Konsumierende Erkrankungen
Fetoplazentare Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Chromosomenabberationen • Trophoblastanomalien (Hypo- bzw. Hyperplasie, Gefäßmangel) • Störung der Nidation (Placenta praevia) • Funktionelle Trophoblaststörung (endokrine Insuffizienz?) • Gestörte Immuntoleranz (immunologische Abwehr, Chorionaggressivität)
Andrologische Anomalien <ul style="list-style-type: none"> • Spermatogener Abort (Veränderungen der Spermienzahl oder –morphologie, z. B. Teratospermie) • Genetische Anomalien
Andere Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Iatrogene und artifizielle Aborte • Ionisierende Strahlen • Kurzwellen • Medikamente • Impfungen

Abbildung 1: häufige Abortursachen (Stauber und Weyerstahl, 2005, S. 15)

Hinsichtlich der Ätiologie von Totgeburten werden folgende medizinische Faktoren diskutiert: Als Ursachen, welche einem intrauterinen Fruchttod (IUFT) und einer daraus folgenden Totgeburt zugrunde liegen können, kommen sowohl kindliche als auch mütterliche Faktoren in Frage. Auffälligkeiten des Erbmaterials, wie z.B. Trisomien stellen vermutlich die häufigsten Ursachen dar. Weitere Faktoren, die einen IUFT auslösen können, sind unter anderem in Infektionen, z.B. mit Streptokokken, Toxoplasmose oder Listerien, in Störungen der Durchblutung bzw. Sauerstoffversorgung, in Krankheiten der Mutter, wie z.B. Diabetes, oder in Substanzmissbrauch zu sehen (Schmidt-Matthiesen in Schmidt-Matthiesen & Wallwiener, 2005, Silver et al., 2007). Aber auch mütterliches Übergewicht, hohes mütterliches Alter und ein hohes Stressniveau werden als Risikofaktoren angenommen (Silver et al., 2007).

2.1.2 Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation: Definition, gesetzliche Grundlagen und Epidemiologie

Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation können bei einer Gefahr für das Leben der Schwangeren bzw. bei einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustan-

des der Schwangeren - körperlicher oder auch seelischer Art – durchgeführt werden (Strafgesetzbuch § 218 a Abs. 2).

Dabei besteht von gesetzlicher Seite keine zwingende zeitliche Eingrenzung des maximalen Schwangerschaftsalters zum Zeitpunkt des Abbruchs, wenn sich die Schwangere dabei in besonderer Bedrängnis befindet. Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation werden häufig auch durchgeführt, wenn eine schwerwiegende Behinderung des Kindes zu erwarten ist, durch welche die Mutter sich massiven seelischen Beeinträchtigungen ausgesetzt sieht. Ein Schwangerschaftsabbruch bei kriminologischer Indikation ist in StGB § 218 a Abs. 3 geregelt und kann durch einen Arzt ebenfalls straffrei vorgenommen werden, wenn die dringende Annahme besteht, dass die Schwangerschaft aus einer rechtswidrigen Tat gegenüber der Schwangeren hervorgegangen ist.

Im Jahr 2011 wurden in Deutschland offiziell 108.867 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Bei 3.2% der Fälle lag eine medizinische oder kriminologische Indikation vor (Statistisches Bundesamt, 2012).

2.1.3 Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung: Definition, gesetzliche Grundlagen und Epidemiologie

Der Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung ist in § 218 a Abs. 1 StGB geregelt und darf durch einen Arzt straffrei vorgenommen werden, wenn die Schwangere eine Bescheinigung über ein entsprechendes Beratungsgespräch (§ 219 StGB), welches mindestens drei Tage vor dem Abbruch stattgefunden hat, vorlegen kann und die Empfängnis nicht länger als zwölf Wochen zurück liegt.

Im Jahr 2011 wurden in Deutschland offiziell 108.867 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. 96.8% der Fälle wurden nach der Beratungsregelung durchgeführt (Statistisches Bundesamt, 2012). Bei Frauen, die bereits einen Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung durchführen ließen, ist die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Abbruchs nach der Beratungsregelung deutlich höher als bei diesbezüglich nicht betroffenen Frauen (Heikinheimo et al., 2008; Nobili et al., 2007).

2.2 Schnittstelle 1: Psychosomatik in der Geburtshilfe

Im folgenden Abschnitt werden Studien dargestellt, welche psychische Aspekte als mögliche vorausgehende Bedingungen von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen untersuchten (Abschnitt 2.2.1, S. 21) sowie mögliche psychische Auswirkungen von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen prüften (Abschnitt 2.2.2, S. 25). Des Weiteren werden an verschiedenen

Stellen im Text psychologische Betreuungs- und Behandlungsangebote aufgezeigt, welche in Untersuchungen sowie teilweise auch in manchen klinischen Einrichtungen Einzug in die gynäkologische Versorgung gefunden haben.

2.2.1 Psychische Faktoren als vorausgehende / komplizierende Bedingungen bei Schwangerschaftsverlusten

Im Folgenden werden ausgewählte multifaktorielle Modelle zum Abortgeschehen dargestellt, die psychische Aspekte einbeziehen bzw. diese in ihren Fokus nehmen. Dazu ist anzumerken, dass sich das Vorläufermodell von Läßple und Lukesch (1988) sowie eines der neueren Modelle (Christiansen, 1996) dezidiert auf rezidivierende bzw. habituelle Aborte beziehen. Mulder et al. (2002) und die Forschergruppe um Arck (u.a. Karimi & Arck, 2010) nehmen diesbezüglich keine Einschränkungen vor.

2.2.1.1 Biopsychologisches Stressmodell nach Läßple und Lukesch (1988)

Läßple und Lukesch (1988) machen auf die multifaktorielle Bedingtheit des Fehlgeburtsgeschehens aufmerksam. Sowohl medizinische als auch psychische und psychosoziale Faktoren wie psychische Beschwerden, Persönlichkeitsmerkmale, Einstellung zu Sexualität und Schwangerschaft und die Qualität der Partnerschaft, sollen als mögliche Ursachen von (wiederholten) Fehlgeburten in Betracht gezogen werden. Für die Autoren stellt allerdings nicht das Gefühl von Sicherheit (Molinski, 1988), sondern das Stresserleben das Bindeglied zwischen belastenden psychischen und psychosozialen Gegebenheiten und dem Abortgeschehen dar. Die Auswirkungen belastender Umstände auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Entwicklung des Feten werden von Läßple (1988) wie folgt beschrieben:

Durch die zentralnervöse Wahrnehmung einwirkender Stressoren wird im Hypothalamus die Ausschüttung von CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon) angeregt. Dadurch wird in der Hypophyse vermehrt ACTH (adrenocorticotropes Hormon) produziert und in die Blutbahn ausgeschüttet. Beide Hormone bewirken in ihrer Funktion als Neurotransmitter in der Nebennierenrinde eine gesteigerte Sekretion von Cortisol und im Nebennierenmark von Katecholaminen. Diese „in Belastungssituationen erhöhten Stresshormone (Katecholamine, Cortisol) (beeinflussen) die Aktion der Schwangerschaftshormone (Estrogen, Progesteron)“ (Läßple & Lukesch, 1988, S. 1192). Östrogene, Gestagene, aber auch Oxytocin und Prostaglandine haben wiederum einen modulierenden Einfluss auf die Aktivierbarkeit der Rezeptoren an den Zielorganen durch die Stresshormone. Zum Beispiel erhöhen Östrogene die exzitatorische – im Falle des Uterus die kontraktionsfördernde – Wirkung der Katecholamine. Sollte die Schwangerschaft intakt bleiben, ist dennoch unter extremen Umständen mit deutlichen Wachstumsverzögerungen oder

mental und körperlichen Behinderungen durch eine Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff zu rechnen. Doch selbst wenn die Sauerstoffversorgung des Ungeborenen nicht drastisch beeinträchtigt ist, kann allein durch die uterine Gefäßverengung vorzeitige Wehentätigkeit ausgelöst werden und zu einer Fehl- bzw. Frühgeburt führen. Interindividuelle Unterschiede in den Reaktionen auf einwirkende Stressoren sind nach Läßle zum Einen durch „uterine und fetoplazentare Faktoren wie eine gesteigerte Uterusmotilität und fetale Reaktivität“ (Läßle & Lukesch, 1988, S. 335) zu erklären. Zum Anderen sind psychosoziale Gegebenheiten, wie das Ausmaß an sozialer Unterstützung und die Adaptivität kognitiver Fähigkeiten, insbesondere der eingesetzten Verarbeitungsstrategien, in ihrer stressmodulierenden Funktion zu berücksichtigen.

2.2.1.2 Psychoneuroendokrinologisches Stressmodell nach Mulder et al. (2002)

Mulder et al. (2002) tragen in ihrem Review zunächst unzählige negative Auswirkungen von Angst und Stress auf den Verlauf der Schwangerschaft und den prä- und postnatalen Zustand des Kindes zusammen. Im Anschluss daran wird erklärt, wie die negativen Folgen des maternalen Stresserlebens zustande kommen:

Im Verlauf einer regelgerechten und unauffälligen Schwangerschaft steigen die Konzentrationen von CRH, ACTH und Cortisol im Blut langsam an und einige Wochen vor der Entbindung nehmen sie deutlich zu. Bei Präeklampsie, drohender Frühgeburt oder Stress erfolgt der Anstieg der Konzentration dieser Hormone zu früh und führt damit zur Unterversorgung des Kindes oder verfrühter Wehentätigkeit. In einer regelgerechten Gravidität wird etwa ab der achten Schwangerschaftswoche CRH auch von der Plazenta produziert und in den mütterlichen, aber auch in den fetalen Organismus ausgeschüttet.

Es folgt die Darstellung von drei möglichen Wegen, über welche die „Übertragung des maternalen Stresses auf das ungeborene Kind“ (Mulder et al., 2002, S. 10, Übersetzung durch die Verfasserin) erfolgen könnte:

Eine Möglichkeit liegt in dem bereits von Läßle (1988) beschriebenen Mechanismus der Verringerung des Blutflusses in Plazenta und Fötus durch die von Cortisol ausgelöste Vasokonstriktion des Uterus (Modell 1). Durch eine mangelnde Durchblutung des Uterus wäre die Sauerstoffversorgung des Fötus beeinträchtigt, was bis zum IUFT oder zur Ausstoßung der Frucht führen kann. Teixeira et al. (1999) fanden in ihrer Studie an hundert Frauen, die sich im Durchschnitt in der 32. SSW befanden, heraus, dass bei besonders ängstlichen Frauen eine erhöhte Gefahr einer Verringerung des Blutflusses im Uterus besteht.

Eine andere Möglichkeit stellt die Passage der mütterlichen Stresshormone durch die Plazenta in den kindlichen Kreislauf dar (Modell 2). Im Gegensatz zu vielen Tieren ist der menschliche

Fötus unter normalen Umständen „relativ (aber nicht komplett) gegen eine direkte Exposition hoher Cortisolkonzentrationen geschützt“ (Mulder et al., 2002, S. 10, Übersetzung durch die Verfasserin), weil 50-90% des mütterlichen Cortisols in der Plazenta in biologisch inaktives Cortison umgewandelt werden. Unter bestimmten Umständen, zum Beispiel wenn die maternale Cortisolkonzentration sehr hoch ist, aber auch, wenn die Umwandlung von Cortisol in Cortison beeinträchtigt oder die Plazenta in ihrer Schutzfunktion eingeschränkt ist, kann der Fötus verstärkt Cortisol ausgesetzt sein. Dadurch würde im Falle der durch Stressoren bedingten erhöhten Konzentration von Cortisol im Blut der Mutter auch der fetale Organismus verstärkt dem mütterlichen Cortisol ausgesetzt sein und die Auswirkungen der Stressreaktion zu spüren bekommen.

In einer unauffälligen Schwangerschaft wird dem Ungeborenen gegen Ende der Gravidität über die Nabelschnur verstärkt plazentares CRH zugeführt, um die fetale HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) zu stimulieren und durch die so erreichte Ausschüttung von ACTH, Cortisol und anderen Hormonen die vollständige Reifung der Organe sicherzustellen. Gleichzeitig sorgt die gesteigerte Konzentration von plazentarem CRH für die Auslösung verstärkter uteriner Aktivität, welche die zeitgerechte Entbindung einleiten soll. Erfolgt die Ausschüttung des plazentaren Cortisols in den kindlichen Kreislauf jedoch zu früh oder in zu starkem Ausmaß (Modell 3), können verlangsamtes Wachstum und eingeschränkte Differenzierung des sich entwickelnden Nervensystems oder auch eine Fehl- bzw. Frühgeburt die Folge sein.

Auch Bitzer (2003) betont die Wichtigkeit psycho-neuro-endokrinologischer Faktoren in der Geburtshilfe. So könne durch interne und externe Stressoren das Risiko für fetale Missbildungen, Fehlgeburten, intrauterine Wachstumsverzögerungen und Frühgeburten erhöht sein.

2.2.1.3 Psychoimmunologische Modelle

Christiansen (1996) legt in seinem Review drei in der Literatur vorgeschlagene Modelle zu einer immunologischen Verursachung des Abortgeschehens dar. Zunächst werden hier in Ansätzen die wichtigsten Komponenten des Immunsystems genannt und in ihrer Funktion beschrieben.

Die Hauptaufgabe des Immunsystems besteht darin, die Unversehrtheit des Organismus zu bewahren, indem es fremde, pathogene Antigene als solche erkennt und diese vernichtet. Dafür gibt es zum Einen die angeborene Immunabwehr, die das Eindringen von fremden Mikro-Organismen in den Körper erschwert und bereits eingedrungene Antigene durch die Aktivierung von NK-Zellen (natural killer cells) isoliert und phagozytiert. Zum Anderen sorgt die phylogenetisch jüngere spezifische Immunabwehr nach vorangegangener Sensitivierung für eine potenzierte und auf das spezielle Antigen zugeschnittene Abwehrreaktion. Dies geschieht über eine komplexe Interaktion verschiedener Antigen-präsentierender Zellen, B- und T-Lymphozyten (für genauere Informationen siehe Schedlowski & Tewes, 1996 sowie Staines et al., 1999). Das Prin-

zip, das hinter der Unterscheidung zwischen körpereigenen Zellen und Fremdkörpern durch das Immunsystem steht, ist der Polymorphismus der HLA (human lymphocyte antigenes)-Komplexe. Diese transmembranen Glykoproteine stellen sicher, dass die T-Lymphozyten die von den B-Lymphozyten präsentierten Produkte des zerlegten Antigens erkennen können.

Warum es während einer Schwangerschaft normalerweise nicht dazu kommt, dass die Frucht, die sowohl maternale als auch paternale HLA-Komplexe trägt, wie ein transplantiertes Organ abgestoßen wird, war lange Zeit unklar. Der Grund dafür liegt im Aufbau des Trophoblasten (äußerste Schicht des Keimbläschens), der zwar keine totale Schranke zwischen maternalem und fetalem Organismus darstellt, aber dennoch zur Tolerierung des Kindes im Mutterleib beiträgt. Die Trophoblast-Zellen der fetalen Seite weisen einige immunologische Besonderheiten auf. Sie exprimieren nur sehr wenige HLA-Komplexe, die zudem auch keinen so starken Polymorphismus aufweisen wie die klassischen Komplexe. Auf der mütterlichen Seite befinden sich vor allem Zellen, die unter normalen Umständen keine Trophoblast-Zellen angreifen. Somit besteht üblicherweise eine weitgehende Toleranz zwischen maternalem und fetalem Organismus.

Das erste beschriebene Modell zum immunologisch vermittelten Abort besteht in der Annahme, dass das „semi-allogene Baby“ (Porter & Scott, 2005, Übersetzung durch die Verfasserin) – ähnlich wie ein transplantiertes Organ – aufgrund seiner HLA-Inkompatibilität mit der Mutter, in einer alloimmunologischen Reaktion abgestoßen wird.

Das zweite Modell besagt, dass Fehlgeburten durch eine Fehlfunktion der angeborenen Immunabwehr, genauer gesagt durch den Angriff trophoblastischer Zellen ausgelöst werden können.

Im dritten Modell wird davon ausgegangen, dass die Ausstoßung der Frucht durch „autoimmunartige Reaktionen gegen Trophoblast-Zellen“ (Christiansen, S. 276, Übersetzung durch die Verfasserin) ausgelöst wird. Wiederholte Fehlgeburten werden als organspezifische Autoimmunerkrankung, ähnlich wie Multiple Sklerose, angesehen. Solche Erkrankungen werden durch autoreaktive T-Lymphozyten verursacht, die der Eliminierung im Thymus entgangen sind.

Der psychische Beitrag an einer immunologisch verursachten Fehlgeburt wurde und wird unter anderem von der Forschergruppe um Arck untersucht. In einem umfassenden Review (Nakamura et al., 2008) kommt die Gruppe zu einer Festigung der Annahme, dass ein erhöhtes Stresslevel (gemessen über kritische Lebensereignisse, Psychometrie bzw. Cortisol-Spiegel im Urin) zu einem immunologisch-endokrinologischen Ungleichgewicht führen kann, welches eine Gefahr für eine bestehende Schwangerschaft darstellen kann. Es wird ein Schwangerschafts-Stress-Syndrom beschrieben, welches die Stressanfälligkeit für Mutter und Kind beeinflusst. Die spezifischen immunologischen Veränderungen, die einem Schwangerschaftsverlust zugrunde liegen können, werden derzeit in verschiedenen tierexperimentellen Studien untersucht (u.a. Karimi & Arck, 2010, Friebe et al., 2011). Weitere Befunde zur Beeinflussbarkeit des Immunsystems durch das Erleben von Stress finden sich bei Schedlowski & Tewes (1996).

2.2.1.4 Zusammenfassung: Psychische Faktoren vor Schwangerschaftsverlusten

Obwohl psychische Faktoren bei der Verursachung von Schwangerschaftsverlusten hinter den vielfältigen möglichen somatischen Auffälligkeiten zurück stehen und vermutlich meist eine untergeordnete Rolle spielen, sollten sie dennoch berücksichtigt werden. In Anbetracht der verschiedenen erläuterten Modelle kann davon ausgegangen werden, dass es viele unterschiedliche Wege gibt, über die psychischer Stress das körperliche Befinden im Allgemeinen und das Abortgeschehen im Besonderen beeinflussen kann.

Verschiedene Autoren (u.a. Andersson et al., 2004, Banhidy et al., 2006, Bonari et al., 2004, Kurki et al., 2000) betonen darüber hinaus, dass Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen der Schwangeren und Schwangerschaftskomplikationen sowie der fetalen Entwicklung bestehen (z.B. Präeklampsie, vorzeitige Geburtsbestrebungen, verringertes Geburtsgewicht, Geburtskomplikationen und schlechterer Allgemeinzustand des Kindes bei der Geburt). Gold et al. (2007) haben explizit die Zusammenhänge zwischen mütterlichen psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsverlusten untersucht. Auch bei der Kontrolle von möglichen konfundierenden Variablen wie Gesundheit und Risikoverhalten blieb für Schwangere mit psychischen Störungen und dabei insbesondere mit affektiven Störungen oder Substanzabhängigkeiten ein erhöhtes Fehl- und Totgeburtenrisiko bestehen. Diese Ergebnisse machen weitere Forschung zu möglichen zugrunde liegenden Modellen dringend erforderlich.

Außerdem ist auch für den klinischen Alltag und den direkten Umgang mit den Betroffenen nochmals zu betonen, dass bei der Erhebung möglicher Ursachen für eine Fehlgeburt, aber insbesondere für rezidivierende oder habituelle Aborte, neben den somatischen Faktoren auch das psychische Befinden nicht übergangen werden darf. Interne und externe Stressoren können zu psychischen Instabilitäten führen. Diese negativen Befindlichkeiten können das Stresserleben verstärken und damit unter Umständen einen Risikofaktor für eine bestehende Schwangerschaft darstellen.

2.2.2 Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsverlusten bzw. Schwangerschaftsabbrüchen

2.2.2.1 Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsverlusten

Neben der rein körperlichen Belastung eines Schwangerschaftsverlustes und der damit unter Umständen verbundenen medizinischen Eingriffe sind die vielfältigen psychischen Beeinträchtigungen, die ein Abort in manchen Fällen nach sich ziehen kann, nicht zu unterschätzen. Dass Schwangerschaftsverluste negative Auswirkungen auf den medizinischen Verlauf von Folgeschwangerschaften haben können, zeigen unter anderem Untersuchungen von Sheiner (2005)

und Kashanian (2006). Als mögliche psychische Beeinträchtigungen, welche in der Folge eines Schwangerschaftsverlustes - auch außerhalb einer weiteren Schwangerschaft - auftreten können, werden insbesondere vier Arten von psychischen Störungen diskutiert: komplizierte Trauerreaktionen, depressive Störungen, Angstsymptomatiken und Belastungsstörungen (sowohl akute Belastungsreaktionen als auch Posttraumatische Belastungsstörungen). Auf diese wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

2.2.2.1.1 Trauerreaktionen

Im Hinblick auf Trauerreaktionen im Allgemeinen aber auch nach Schwangerschaftsverlusten empfiehlt es sich, zwischen funktionaler Trauer und pathologischen Trauerprozessen zu unterscheiden. Beide Konzepte werden im Folgenden dargestellt.

Funktionale Trauer

Zur Abgrenzung der Auffälligkeiten werden zunächst funktionale Trauerverläufe dargestellt: Der Trauerprozess wird im Allgemeinen in vier Phasen unterteilt (Lin & Lasker, 1996, Langenmeyer, 1999, Beutel, 2002), wobei die einzelnen Phasen nicht immer stringent nacheinander durchlaufen werden müssen. Überschneidungen, Rückschritte und Verlagerungen sind möglich.

Die erste Phase „Schock und Betäubung“ ist gekennzeichnet durch Verleugnung, Hilflosigkeit und Lähmung. Sie kann Stunden bis Tage andauern.

Gefolgt wird der Schock durch eine Phase von „Sehnsucht und Protest“, in welcher der Tod nach und nach realisiert wird. Sie ist gekennzeichnet durch Weinen, Rastlosigkeit, aber auch Wut und Ärger. Schlaf und Nahrungsaufnahme treten in den Hintergrund.

Ist die zweite Phase – meist nach einigen Monaten – durchlaufen, folgt eine Phase der „Desorganisation und Verzweiflung“, in welcher der trauernden Person die Unwiderrufflichkeit des Geschehenen bewusst wird. Auf dieses Erkenntnis wird meist mit Traurigkeit und Verzweiflung reagiert, begleitet von Gefühlen von Hilflosigkeit, Schuld oder Ärger. Auch somatische Beschwerden wie Gewichtsabnahme, Konzentrations- und Schlafstörungen können auftreten.

Die vierte Phase „Auflösung der Trauer und Erneuerung“, welche nach ein bis zwei Jahren eintritt, ist dadurch gekennzeichnet, dass die hinterbliebene Person alte Interessen wieder aufnimmt, neue Bindungen eingehen kann und sich „ohne intensiven Schmerz“ (Beutel, 2002, S. 19) an die verstorbene Person und die gemeinsamen Erlebnisse erinnern kann.

Zu Jahres- und Gedenktagen kann es zu einem Wiederaufflammen der Traurigkeit kommen (anniversary reaction).

Neben diesem Phasenmodell existieren weitere Modelle zum Trauerprozess, welche bei Znoj (2009) dargestellt werden.

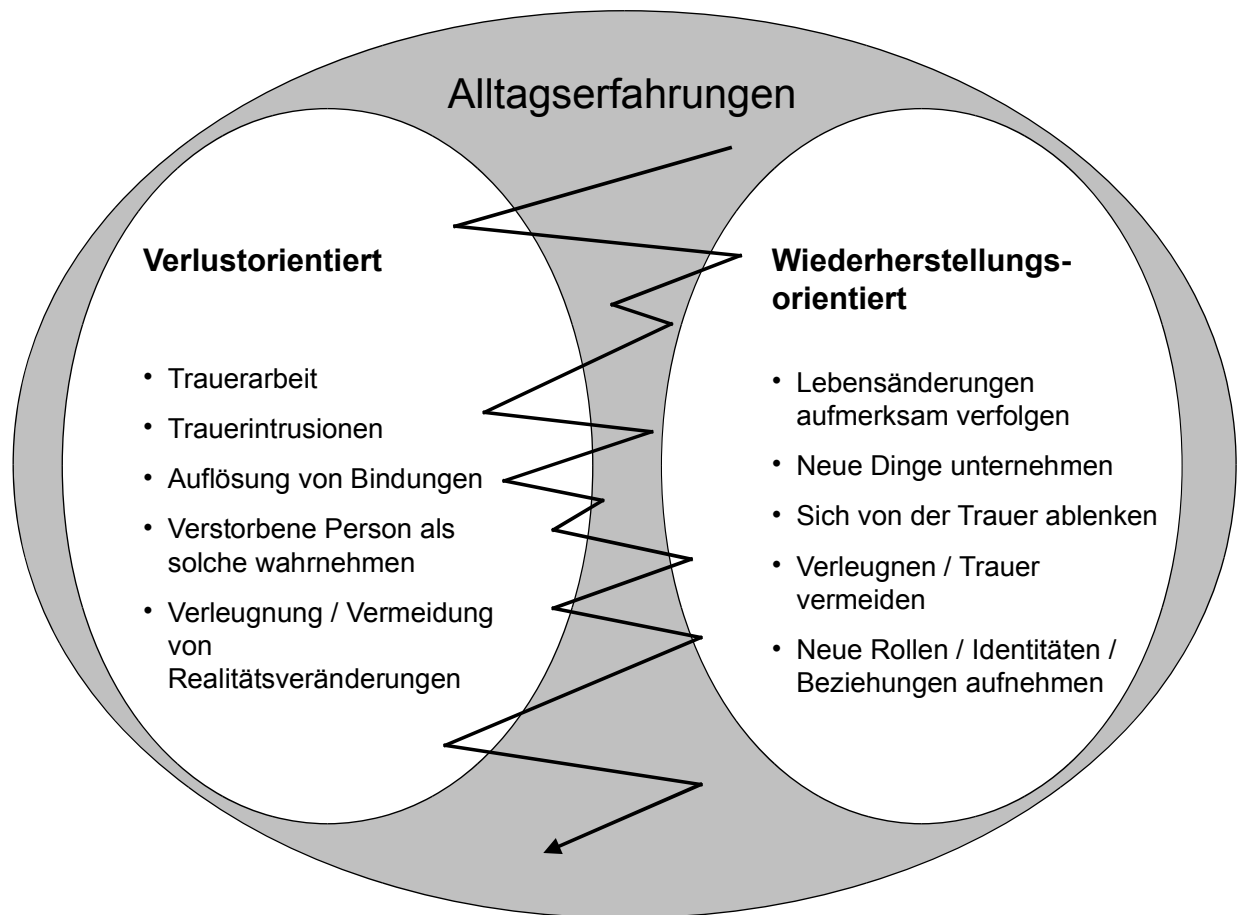


Abbildung 2: Duales Prozessmodell nach Stroebe & Schut (1999, S. 213, Übersetzung durch die Verfasserin)

Zu erwähnen ist dabei das Duale Prozessmodell nach Stroebe und Schut (1999), welches aufzeigt, dass der Trauerprozess aus Schwankungen zwischen Verlust- und Wiederherstellungsorientierung besteht (siehe Abb. 2).

Pathologische Trauer

Von den beschriebenen Abläufen einer „normalen“ und adaptiven Trauerreaktion sind Formen pathologischer Trauer abzugrenzen. Dabei werden nach Beutel (2002) verzögerte Trauer, die sich durch Verharren in einer der beschriebenen Trauerphasen auszeichnet, und chronische Trauer unterschieden, bei der die Beziehung zum Verstorbenen nicht gelöst werden kann und die ein hohes Risiko in sich birgt, in eine „schwere depressive, Angstsymptomatik oder körperliche Erkrankung“ überzugehen (Beutel, 2002, S. 20).

Einige Autoren grenzen demgegenüber auch eine „komplizierte Trauer“ (Horowitz et al., 1997) oder eine „traumatische Trauer“ (Jacobs & Prigerson, 2000) ab, wobei bei diesen Konstrukten die Abgrenzung zur Posttraumatischen Belastungsstörung (siehe Abschnitt 2.2.2.1.4., S. 34) nicht näher beleuchtet wird.

A) Ereignis-Kriterium Der Trauerfall muss mindestens 14 Monate zurückliegen; der Trauerfall schließt den Verlust des Gatten oder der Gattin, eines nahen Verwandten oder des Intimpartners ein.
B) Anzeichen und Symptomkriterien In den letzten drei Monaten sollen täglich mindestens drei der folgenden sieben Anzeichen mit einer Intensität auftreten, die das tägliche Funktionieren beeinträchtigt:
B1: Intrusive Phänomene <ul style="list-style-type: none"> • Intrusive Phantasien, ungewollte Gedanken, welche die Beziehung mit dem oder der Verstorbenen zum Inhalt haben • Erinnerungsattacken oder emotionale Schübe ("spells") in Bezug auf die Beziehung mit der verstorbenen Person • Äußerst starkes Verlangen oder der Wunsch, dass die verstorbene Person anwesend sei
B2: Anzeichen von Vermeidung und Anpassungsprobleme <ul style="list-style-type: none"> • Gefühle, zu stark allein zu sein, oder das Gefühl, innerlich leer zu sein • Exzessives Vermeiden von anderen Personen, von Plätzen oder Aktivitäten, die mit der verstorbenen Person in Verbindung standen • Unüblich starke Schlafschwierigkeiten • Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten, Erziehung und sozialen Verpflichtungen in einem "maladaptiven" Ausmaß

Abbildung 3: Kriterien der Komplizierten Trauer nach Horowitz et al. (1997)

Zur Diagnostizierung kann exemplarisch der Kriterienvorschlag von Horowitz et al. (1997, in der Übersetzung von Znoj, 2004) aus Abb. 3 entnommen werden.

In der ICD-10 findet sich bisher keine eigene Diagnoseziffer für eine pathologische Trauerreaktion. Behelfsweise wird diese Symptomatik häufig unter den Schlüsseln F34.1 (Dysthymia) bzw. F38.8 (andere affektive Störung) klassifiziert, oder unter F43.0 (akute Belastungsreaktion) bzw. F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung), wenn der Trauernde Zeuge oder Beteiligter war.

Trauerreaktionen nach Schwangerschaftsverlusten

Nachfolgend werden einige ausgewählte Angaben dazu gemacht, wie sich der Trauerprozess bei Frauen als Reaktion auf eine Fehlgeburt darstellen kann.

Obwohl laut Beutel (2002) 48% der betroffenen Frauen unmittelbar nach einem Abort weder übermäßige Trauer noch auffällige depressive Symptome zeigen, sind doch bei 40% deutliche Trauerreaktionen, zum Teil kombiniert mit depressiven Reaktionen, zu erwarten, die in einem gewissen Ausmaß der Verarbeitung der Fehlgeburt dienlich und somit durchaus wünschenswert sein können. In der Studie von Bergner et al. (2008) entwickelten 17.4% der Frauen mit Abortanamnese eine pathologische Trauer, welche die Autoren als chronische Trauer - länger als ein halbes Jahr anhaltend - beschrieben. Diese Verläufe gingen verstärkt mit maladaptiven Verarbeitungsmustern der Fehlgeburt einher und sie traten besonders häufig bei Frauen mit wiederholten Fehlgeburten auf. Neben der chronischen Trauer tragen Scheidt et al. (2007) auch Formen von weiteren, teilweise jahrelang anhaltenden Trauerreaktionen in Form von intensiven,

prolongierten, verschobenen und inhibierten Trauerprozessen nach prä- und perinatalem Kindsverlust zusammen.

Lok und Neugebauer (2007) fanden bei ca. 40% der von Fehlgeburten betroffenen Frauen Trauerreaktionen, welche drei bis vier Monate, bei manchen Studienergebnissen bis zu zwei Jahren andauerten. Das Ausmaß der Trauer unterscheide sich nicht von den Trauerreaktionen bei späteren oder perinatalen Verlusten. Trauer sei häufig stark von Schuld und Selbstvorwürfen geprägt und insbesondere dann nicht als adaptiv anzusehen, wenn Verzweiflung, Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit länger als ein halbes Jahr anhaltend im Vordergrund stehen.

Brier (2008) stieß bei seinen Review-Recherchen auf starke Schwankungen in den Angaben zur Inzidenz von Trauerreaktionen nach Fehlgeburten. Wenn aber bei den betroffenen Frauen Trauer vorhanden sei, dann meist in einem ähnlich starken Ausmaß wie bei Verlusten von wichtigen Bezugspersonen; wobei hier nicht der Verlust einer realen Beziehung, sondern einer imaginierten, symbolischen Beziehung betrauert werde, der Verlust der Rolle der Schwangeren, der Verlust der nahenden Mutterrolle.

Auch zu Trauersymptomen nach Totgeburten liegen einige Ergebnisse vor. Hunfeld et al. (1997) berichten von direkt nach der Totgeburt sowie auch drei Monate später anhaltenden Trauerreaktionen. Schaap et al. (1997) ebenso wie Schott (2010) stellen den Trauerprozess nach perinatalem Kindstod (Totgeburt bzw. Tod des Kindes innerhalb der ersten Lebenswoche) als langwierig und teilweise über Jahre anhaltend dar. Scheidt et al. (2007) betonen in ihrem Review-Artikel ebenfalls, dass sich nach perinatalem Kindsverlust jahrelange Trauerreaktionen entwickeln können, die wiederum die Anfälligkeit für weitere psychiatrische und somatische Beeinträchtigungen erhöhen. Dabei werden auf psychiatrischer Seite insbesondere Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen genannt.

Einflussfaktoren auf die Entstehung pathologischer Trauerreaktionen

Als Risikofaktoren für pathologische Trauerreaktionen nach Fehl- oder Totgeburten benennt Beutel (2002) folgende Umstände: die betroffene Frau ist alleinstehend, verfügt über eine geringe Schulbildung, erlebt Zwiespältigkeit gegenüber der Schwangerschaft sowie hohe Belastungen im vorausgehenden Jahr oder frühere Schwangerschaftsverluste, sie hat keine Kinder, es bestehen Partnerschaftsprobleme. Kinderlosigkeit und mangelnde soziale Unterstützung werden nach Lok und Neugebauer (2007) von vielen Autoren als Risikofaktoren für starke Trauerreaktionen nach Fehlgeburten angeführt. Eine hohe Schuld- und Schamneigung scheint ebenfalls mit stärkeren und längeren Trauerreaktionen nach Fehl- und Totgeburten einher zu gehen (Barr, 2004, Barr & Cacciatore, 2008).

Mann et al. (2009) sehen in niedrigem mütterlichen Alter, vorbestehender Depression oder anderer psychischer Erkrankung Risikofaktoren für ausgeprägte Trauerreaktionen. In der Teilnah-

me an religiösen Veranstaltungen sehen sie einen protektiven Faktor, eventuell vermittelt durch die dort erhältliche Unterstützung bei der Sinnstiftung für den Verlust und durch soziale Zuwendung. Laut Beutel (2002) bestehen Schutzfaktoren in emotionaler Unterstützung, in einer guten Partnerschaft, in eigenen Kindern und in psychischer Gesundheit.

Zur Frage, ob das Risiko für ausgeprägte Trauerreaktionen mit dem Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt des Verlustes ansteigt oder gar abnimmt, gibt es nach den Recherchearbeiten von Lok und Neugebauer (2007) widersprüchliche Ergebnisse.

2.2.2.1.2 Depressive Reaktionen

Definitionen

In der ICD-10 werden depressive Störungen in einmalige depressive Episoden und rezidivierende depressive Erkrankungen sowie jeweils nach folgenden Schweregraden unterteilt: leicht, mittelgradig, schwer ohne psychotische Symptome und schwer mit psychotischen Symptomen. Für das Vorliegen einer Depression müssen mindestens zwei der typischen Kriterien (siehe Abb. 4) und je nach Schweregrad mindestens zwei, drei oder vier der weiteren Symptome (siehe ebenfalls Abb. 4) über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen. Für die Sichtung der vollständigen ICD-10-Kriterien sowie der Äquivalente im DSM-IV wird direkt auf die entsprechenden Handbücher verwiesen.

Typische Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte Stimmung • Interessensverlust, Freudlosigkeit • Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit
Andere häufige Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit • Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen • Schlafstörungen • Verminderter Appetit

Abbildung 4: Symptome depressiver Störungen nach ICD-10

Anstelle von kategorialer Diagnostik im Sinne der Zuweisung eines psychiatrischen Diagnoseschlüssels wird in vielen Studien auf die Quantifizierung depressiver Symptome mittels psychometrischer Selbstbeurteilungsverfahren zurückgegriffen. Die entsprechenden Ergebnisse können gut für die Überprüfung von Gruppenunterschieden verwendet werden, lassen aber nicht zwingend auf eine klinische Relevanz der Symptome schließen.

Depressive Reaktionen nach Schwangerschaftsverlusten

Neben möglichen Trauerreaktionen besteht für die betroffenen Frauen nach einem Fehlgeburtserlebnis ein erhöhtes Risiko, eine depressive Symptomatik zu entwickeln (Klier et al., 2000 & 2002).

Insbesondere aus chronischen Trauerverläufen können sich schwerwiegende depressive Symptome herausbilden (Beutel, 2002). Unmittelbar nach der Fehlgeburt zeigt Angaben von Beutel (2002) zufolge circa ein Viertel der betroffenen Frauen depressive Reaktionen, zum Teil in Kombination mit einer auffällig ausgeprägten Trauerreaktion. Mehrere Autoren stellten die Ausprägung depressiver Symptome von Frauen nach einer Fehlgeburt denen von nicht schwangeren Frauen gegenüber (Beutel et al. 1995a; Neugebauer et al. 1992). Sowohl unmittelbar nach der Fehlgeburt als auch bis zu zwölf Monate später lagen die Werte der Frauen mit Fehlgeburt über denen der nicht Schwangeren.

Lee et al. (1997) fanden sechs Wochen nach dem Schwangerschaftsverlust bei 10.3% der Betroffenen depressive Reaktionen im vollen Umfang einer Major Depression vor. Neugebauer et al. (1997) konnten ebenfalls dokumentieren, dass 10.9% der von ihnen untersuchten Frauen innerhalb eines Jahres nach dem Fehlgeburtsergebnis eine Major Depression erlitten, während nur 4.3% der nicht schwangeren Frauen der Vergleichsgruppe davon betroffen waren. Nach den Ergebnissen dieser Studie ist das Risiko, eine ausgeprägte depressive Störung zu entwickeln, nach einem Abort um das 2.5 fache erhöht.

Dass nach einem Fehlgeburtsergebnis auch das Risiko einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung erhöht ist, konnten Klier et al. (2002) aufzeigen.

In ihrem Übersichtsartikel werden von Lok und Neugebauer (2007) folgende Angaben zu depressiven Reaktionen nach Fehlgeburten gemacht: 20 bis 55% der betroffenen Frauen weisen direkt in der Folge einer Fehlgeburt erhöhte Depressionswerte auf, bei 10-50% sind die Kriterien einer Major Depression erfüllt. Erst nach einem Jahr erfolgt eine Angleichung der Depressionswerte an die der nicht betroffenen Frauen aus den Vergleichsgruppen.

Zu depressiven Reaktionen nach Totgeburten lassen sich ebenfalls einige Ergebnisse anführen. Sowohl direkt nach einer Totgeburt (u.a. Adeyemi et al., 2008), als auch Jahre später weisen die betroffenen Frauen höhere Depressionswerte auf als die Frauen in den jeweiligen Vergleichsgruppen (Scheidt et al., 2007). Blackmore et al. (2011) weisen darauf hin, dass die Anzahl zurückliegender Fehl- und Totgeburten einen relevanten Prädiktor für das Ausmaß von Depressivität und Ängsten während und auch nach einer erfolgreichen Folgeschwangerschaft darstellt.

Einflussfaktoren auf die Entstehung von depressiven Reaktionen

Hinsichtlich möglicher Risikofaktoren bezüglich der Entwicklung depressiver Reaktionen nach einer Fehlgeburt fanden Klier et al. (2000), dass das Auftreten solcher Störungen weder „mit dem Gestationsalter zum Zeitpunkt des Verlustes noch mit der Einstellung gegenüber der Schwangerschaft“ korreliert ist (Klier et al., 2000, S. 19, Übersetzung durch die Verfasserin). In ihrem Review von 2002 berichten Klier und ihre Kollegen ebenso wie Lok und Neugebauer (2007), dass in der Zusammenschau anderer Studien widersprüchliche Ergebnisse dazu vorliegen, ob diese beiden Variablen einen Einfluss auf das Auftreten von depressiven Symptomen ausüben oder nicht.

Darüber hinaus gehen Klier et al. (2002) davon aus, dass die Anzahl vorangegangener Schwangerschaftsverluste das Risiko der Entwicklung einer Depression nicht beeinflusst. Dies steht den Ergebnissen von Blackmore et al. (2011) entgegen. Auch Beutel et al. (1992) fanden deutlich höhere depressive Reaktionen bei Frauen mit zwei und mehr Aborten als bei Frauen mit einem Abort in ihrer Vorgeschichte.

Kinderlosigkeit wird laut Lok und Neugebauer (2007) in vielen Studien als Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptome nach einer Fehlgeburt angesehen, wobei einige Autoren diesbezüglich keine Zusammenhänge finden konnten.

In der Untersuchung von Swanson (2000) leisteten ein Jahr nach einer Fehlgeburt insbesondere psychische Faktoren wie eine hohe persönliche Relevanz des Schwangerschaftsverlustes, das Fehlen von sozialer Unterstützung, geringe emotionale Stärke und passives Coping einen Beitrag zur Aufklärung des Vorliegens von Depressivität. Kontextuelle Variablen wie Alter der Betroffenen oder Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt des Verlustes lieferten keine signifikanten Beiträge.

Eine Befragung der betroffenen Frauen drei Jahre nach einer Totgeburt durch Surkan et al. (2009) zeigte, dass eine Verweigerung des Vaters, mit seiner Partnerin über das totgeborene Kind zu sprechen, das Risiko von Depressivität der Mutter fast um das Fünffache erhöht. Auch Cacciatore et al. (2009) stellen die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung nach einer Totgeburt, insbesondere durch das familiäre System, aber auch durch professionelle Helfer dar.

Des Weiteren sprechen sich viele Praktiker und Forscher für die protektive Wirkung der mittlerweile gängigen Praxis aus, den betroffenen Eltern einen bewussten Abschied von ihrem toten Kind zu ermöglichen. Bei Cacciatore et al. (2008) wiesen Frauen, die ihr Totgeborenes sehen und halten konnten, geringere Angst- und Depressionswerte auf als die Frauen, denen ein solcher Abschied nicht möglich war.

Bei bereits vorbestehender depressiver Erkrankung ist von einem erhöhten Risiko für das Entstehen einer neuerlichen depressiven Episode auszugehen (Neugebauer et al., 1997).

2.2.2.1.3 Angstreaktionen

Definitionen

Angststörungen sind eine heterogene Gruppe verschiedener Symptomcluster, welche sich nicht zu einem Störungsbild zusammenfassen lassen. Die verschiedenen Definitionen, wie beispielsweise der Agoraphobie, der sozialen Phobie und der generalisierten Angststörung lassen sich in ICD-10 und DSM-IV nachschlagen.

Anstelle von kategorialer Diagnostik im Sinne der Zuweisung einer klinisch-psychiatrischen Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen wird in vielen Studien auf die Quantifizierung von Angstsymptomen / Ängstlichkeit mittels psychometrischer Selbstbeurteilungsverfahren zurückgegriffen. Die entsprechenden Ergebnisse können gut für die Überprüfung von Gruppenunterschieden verwendet werden, lassen aber nicht zwingend auf eine klinische Relevanz der Ängste schließen. In manchen Untersuchungen werden unter Einsatz spezieller Fragebögen schwangerschafts- und geburtsbezogene Ängste erfasst.

Aufgrund der Heterogenität dieses Spektrums sowie aus zeit- und kostenökonomischen Gründen, ebenso wie aufgrund der Wahrung der Zumutbarkeit für die teilnehmenden Probandinnen, musste im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Berücksichtigung spezieller Angststörungen (abgesehen von der Posttraumatischen Belastungsstörung) unterbleiben. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Forschung deshalb nur verkürzt dargestellt.

Angstreaktionen nach Schwangerschaftsverlusten

Geller et al. (2001) fanden bei Frauen nach Fehlgeburten ein 1.5 fach erhöhtes Risiko für die Entstehung oder das Wiederauftreten einer Angsterkrankung nach DSM (Panikstörung, Phobie oder Zwangsstörung): 15.7% der Frauen mit Fehlgeburten litten unter einer Angststörung, während 10.9% der Frauen aus der Vergleichsgruppe davon betroffen waren. Ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko ergab sich dabei allerdings nur für die Untergruppe der Zwangsstörungen.

Der Arbeit von Walker und Davidson (2001) ist zu entnehmen, dass 50% der vierzig von ihnen untersuchten Frauen drei Wochen nach dem Ereignis klinisch relevante Angstsymptome zeigten. Da dies nach drei Monaten nach wie vor für 45% der Frauen zutraf, ist davon auszugehen, dass die Ängste auch in diesem Zeitraum nicht signifikant abgenommen haben.

In ihren Reviews stellten sowohl Geller et al. (2004) als auch Brier (2004) eine konsistente Ergebnislage hinsichtlich einer erhöhten Angstproblematik vier Monate, jedoch auch bis zu sechs Monate nach der Fehlgeburt dar. Brier (2004) stellt dabei vor allem ein erhöhtes Risiko für Zwänge und posttraumatische Belastungsstörungen (siehe Abschnitt 2.2.2.1.4., S. 34) heraus.

Nikcevic et al. (2007) fanden bei 30% der Betroffenen vier Wochen nach einem Abort klinisch relevante Angstsymptome. Auch während einer neuen Schwangerschaft bestehen bei zurück-

liegenden Fehlgeburten häufig deutliche schwangerschaftsbezogene Ängste (Bergner et al., 2008).

Angstsymptome nach Totgeburten wurden meist im Zusammenhang mit einer neuen Schwangerschaft untersucht. Hughes et al. (1999) zeigten in ihrer Untersuchung an schwangeren Frauen mit einer vorangegangenen Totgeburt, dass diese insbesondere dann unter erhöhten Ängsten während der neuen Schwangerschaft litten, wenn diese innerhalb eines Jahres nach der Totgeburt eingetreten ist. Ähnliches ist Badenhorst & Hughes (2007) zu entnehmen.

Blackmore et al. (2011) zeigten anhaltende Ängste nach Totgeburten auf, die auch bis zu 33 Monaten nach der Geburt eines weiteren Kindes nicht signifikant nachgelassen hatten.

2.2.2.1.4 Posttraumatische Reaktionen

Definitionen

Unter dem Schlüssel F43 sind in der ICD-10 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zusammengefasst. Die entsprechenden ICD-10-Kriterien für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung können Abb. 5 entnommen werden.

A) Ereignis Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde
B) Intrusionen Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben durch Flashbacks, ..., sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C) Vermeidung Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen werden seit dem Ereignis tatsächlich oder möglichst vermieden.
D) Übererregung Entweder: teilweise oder völlige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern Oder: anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Erregung mit zwei der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen • Reizbarkeit oder Wutausbrüche • Konzentrationsschwierigkeiten • Hypervigilanz • Erhöhte Schreckhaftigkeit
E) Zeit-Kriterium B), C) und D) treten (in der Regel) innerhalb von 6 Monaten nach der Belastung / nach Ende der Belastungsperiode auf.

Abbildung 5: ICD-10-Forschungskriterien Posttraumatische Belastungsstörungen (gekürzt)

Abb. 5 basiert aufgrund der besseren Übersichtlichkeit auf den ICD-10-Forschungskriterien. Die

DSM-IV-Definition kann im entsprechenden Handbuch nachgeschlagen werden.

Posttraumatische Reaktionen nach Schwangerschaftsverlusten

Bereits 1996 forderten Lee und Slade, eine Fehlgeburt als ein möglicherweise traumatisches Ereignis zu betrachten. Ihrer Meinung nach können plötzliche Schmerzen, Blutverlust, eine schnelle Einlieferung in eine Klinik und eine Operation zu einer Traumatisierung der Frau führen. Es ist jedoch anzumerken, dass keinesfalls alle Aborte mit der in diesem Artikel beschriebenen Dramatik ablaufen.

Auch in den letzten Jahren wird von einigen Autoren eingeräumt, dass ein Abort von einem nicht zu übersehenden Teil der betroffenen Frauen als ein traumatisches Ereignis erlebt werden kann (Walker & Davidson, 2001, Engelhard et al., 2001, Engelhard, 2004). In der Studie von Walker und Davidson (2001) erfüllten 15% der Frauen drei Wochen nach einem Abort die Kriterien einer ASD (Acute Stress Disorder) nach DSM IV (APA, 1994). Nach den Ergebnissen einer Pilotstudie von Bowles et al. (2006) mit kleinen Fallzahlen seien sogar 28% davon betroffen. Engelhard et al. (2001) fanden in ihrer prospektiven Studie an 1370 Frauen, von denen 113 in der Folge eine Fehlgeburt erlitten, dass 25% der betroffenen Frauen einen Monat nach dem Ereignis die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ebenfalls nach DSM IV, APA, 1994) erfüllten. Nach vier Monaten waren noch 7% der Frauen betroffen. Der Anteil der betroffenen Frauen nach vier Monaten ist die wichtigere Aussage, denn nach DSM IV darf eine PTSD erst ab einer Dauer von mindestens einem Monat diagnostiziert werden, so dass bei einer Befragung direkt einen Monat nach der Fehlgeburt von einer Liberalisierung der Kriterien gesprochen werden muss. Auch die Angaben von Bowles et al. (2006), nach welchen 39% der betroffenen Frauen vier Wochen nach der Fehlgeburt unter einer PTSD-Symptomatik leiden, sind deshalb mit Vorsicht zu betrachten.

Broen et al. (2004a) fanden zehn Tage nach einer Fehlgeburt bei 47.5% der Betroffenen auffällige Werte auf den IES-Skalen (Horowitz et al., 1979) Intrusion und Vermeidung, sechs Monate nach dem Verlust lagen bei 22.5% der Frauen auffällige IES-Werte vor, mit einem Abstand von zwei Jahren ging der Anteil auf 2.6% der Betroffenen zurück.

Einflussfaktoren auf die Entstehung von posttraumatischen Reaktionen

Engelhard et al. (2003) zufolge dissoziieren 70% der betroffenen Frauen während der Geburt eines toten Kindes, das heißt, es besteht eine Unterbrechung der Integration der Wahrnehmung und des Gedächtnisses, so dass das Ereignis später nur in Teilen oder gar nicht erinnert werden kann. Eine solche peritraumatische Dissoziation stellt einen Prädiktor für akute und anhaltende posttraumatische Symptomatik ein und vier Monate nach dem Verlust dar.

In weiteren Untersuchungen benannten Engelhard et al. (2006) positive Zusammenhänge zwischen hohen Werten in einer Neurotizismus-Skala, geringerem Ausbildungsniveau und fortge-

schrittenerem Schwangerschaftsalter mit einem höheren Risiko für die Entwicklung posttraumatischer Symptome nach Fehl- und Totgeburten. Innerhalb einer Folgeschwangerschaft bestehe bei den betroffenen Frauen nach vorangegangener Totgeburt insbesondere dann ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Symptome, wenn depressive Symptome und Ängste vorhanden sind sowie wenn die neue Schwangerschaft zeitnah nach der Totgeburt eingetreten ist (Turton et al., 2001).

2.2.2.1.5 Mögliche Langzeitfolgen nach Schwangerschaftsverlusten

In einer Längsschnittuntersuchung von Lok et al. (2010) wird aufgezeigt, dass viele betroffene Frauen direkt nach einer Fehlgeburt und auch drei sowie sechs Monate danach deutliche psychische Beeinträchtigungen unter anderem in Form von depressiven Symptomen aufweisen. Nach einem Jahr normalisierten sich diese jedoch soweit, dass keine signifikanten Unterschiede mehr zu den nicht schwangeren Frauen aus der Kontrollgruppe gefunden wurden.

Demgegenüber finden andere Autoren bei einem Teil der betroffenen Frauen länger anhaltende psychische Auffälligkeiten. Bereits Kuse-Isingschulte et al. (1996) zeigten, dass 32% der Frauen, welche innerhalb der letzten sieben Jahre (durchschnittlich vor 32 Monaten) einen Schwangerschaftsverlust nach der 20. Schwangerschaftswoche erlitten hatten, diesen subjektiv als „schlecht bewältigt“ bezeichneten. 22% zeigten zusätzlich zu Trauersymptomen anhaltende depressive Reaktionen.

Smart (2003) führte in ihrer qualitativen Untersuchung Interviews mit 13 Frauen (und drei Ehemännern) im Alter von 69 und 90 durch, von denen zehn einen Schwangerschaftsverlust (Fehl- oder Totgeburt, bzw. perinatalen Kindsverlust) erlebt hatten: die meisten beschrieben zurückliegend deutliche Trauer, welche mittlerweile nicht mehr vorhanden war. Bei einigen wenigen war die Trauer jedoch nach wie vor anhaltend, der Verlust wurde als lebenslanger Einschnitt angesehen.

Bei der Untersuchung einer großen Geburtskohorte (n=1223) in Australien durch Dingle et al. (2008) wurden von 21-jährigen Frauen mit Schwangerschaftsverlust oder –abbruch in der Vorgeschichte doppelt so oft die DSM IV-Kriterien für Alkohol- und Cannabis-Abusus sowie für affektive Störungen erfüllt.

Carter et al. (2007) geben einen Überblick über mögliche Langzeitfolgen nach Fehlgeburten, wobei sie sich insbesondere mit Depressionen, Ängsten, Zwängen und Posttraumatischen Belastungsstörungen befassen.

2.2.2.1.6 Zusammenfassung: Psychische Faktoren nach Schwangerschaftsverlusten

Auch wenn vereinzelt vermutet wird, dass nicht die Fehlgeburt an sich zu psychischen Auffällig-

keiten führt, sondern Faktoren, die sowohl das Risiko für eine Fehlgeburt erhöhen als auch das Risiko für psychische Störungen (siehe z.B. Rowlands & Lee, 2009), gehen viele Autoren von einem direkten Zusammenhang aus. Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand kann zusammengefasst werden, dass ein Teil der betroffenen Frauen nach einer Fehl- oder Totgeburt Trauerreaktionen zeigt, die ein adaptives Ausmaß an Trauer übersteigen und die sich auch in der Art der zugrunde liegenden Verarbeitungsmechanismen von einem gesunden Trauerprozess unterscheiden.

Auch ausgeprägte depressive Symptome und Ängste können in Folge eines Schwangerschaftsverlustes entstehen, wobei anzumerken ist, dass die Betroffenen häufiger erhöhte Ängste als erhöhte depressive Symptome aufzuweisen scheinen. Diesen Schluss ziehen Lee & Slade (1996) in ihrem Übersichtsartikel.

Aufgrund der bisher vorliegenden Untersuchungen deutet sich ein möglicher Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsverlust und der Erhöhung des Risikos der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung an.

Auswirkungen auf das psychische Befinden während einer Folgeschwangerschaft sind unter anderem Bergner et al. (2008), Couto et al. (2009) und Fertl et al. (2009) zu entnehmen.

Auch die Partner der betroffenen Frauen reagieren auf den Verlust meist mit mehr oder weniger ausgeprägter Trauer oder weiteren psychischen Auffälligkeiten. Ihre Verarbeitung einer Fehl- oder Totgeburt wird in der Literatur allerdings sehr wenig beachtet. Informationen dazu sowie zu möglichen Auswirkungen auf die Partnerschaft sind unter anderem bei Serrano & Lima (2006) oder im Review von Badenhorst und Kollegen (2006) zu finden.

2.2.2.1.7 Psychosomatische Beratungs- und Behandlungsansätze

Betreuung direkt vor, während und nach einer Fehl- oder Totgeburt

Aufgrund der Anerkennung von Fehl- und Totgeburten als psychisch belastende Ausnahmesituationen wird in manchen Kliniken die psychosomatische Komponente mit berücksichtigt. Es wird vielerorts versucht, den Betroffenen neben der somatischen Versorgung Raum und Zeit für Gespräche mit ihrem Partner und mit dem behandelnden Arzt einzuräumen. In manchen geburtshilflichen Einrichtungen steht auf Wunsch mittlerweile sogar eine psychologisch ausgebildete Fachkraft zur Verfügung.

Direkt nach einer Fehlgeburt befinden sich die betroffenen Frauen häufig in einem emotional sehr belasteten Zustand. Die Reaktionen können jedoch sehr unterschiedlich ausfallen. Während einige Frauen die Fehlgeburt als nicht besonders dramatisches Ereignis einstufen und relativ gefasst damit umgehen können, gibt es auch Frauen, die mit sehr starken Emotionen oder aber im Gegenteil mit einer kompletten Verdrängung und Nichtakzeptanz der Geschehnisse

reagieren. Wichtig ist, dass Frauen mit starken Gefühlsreaktionen in ihrer Traurigkeit, Enttäuschung oder Wut nicht allein gelassen werden.

Nach einer Totgeburt kommt es bei den betroffenen Paaren häufig „zu einer extremen Schock- und Belastungsreaktion“, weshalb die Betroffenen meist zunächst „überhaupt nicht ansprechbar“ sind (Rohde & Dorn, 2007, S. 195). Es ist wichtig, pathologische Reaktionen zu erkennen und bei Bedarf eine mittel- bis langfristige psychotherapeutische Betreuung zu vermitteln. Nach einer späten Fehlgeburt oder nach einer Totgeburt sollte der Abschied vom Kind nach den individuellen Wünschen des Paares gestaltet werden. Zusätzlich könnte es wichtig sein, unter Umständen bestehende Widerstände und Ängste vor dem toten Fötus abzubauen, die Eltern aufzufordern, das Kind anzufassen, es zu fotografieren, ihm einen Namen zu geben, eventuell Familienangehörige dazu zu bitten, um sich sichtbare und handfeste Erinnerungen und Beweise für die Existenz ihres totgeborenen Kindes zu schaffen (siehe auch Beutel, 2002, Porz & Schmid, 2005, Cacciatore et al., 2008).

Einen Leitfaden für die Akutbetreuung der betroffenen Frauen geben Rohde und Dorn (2007, S. 144). Sie empfehlen unter anderem die Vermeidung von Aktionismus, das Ernstnehmen von Gefühlen, die Ermöglichung einer Verabschiedung vom Kind und die Beachtung von möglichen pathologischen Trauerprozessen und depressiven Entwicklungen. Cacciatore (2010) wirbt für eine individualisierte Begleitung und Unterstützung bei Totgeburten.

Ambulante gynäkologische Nachgespräche

Vor Verlassen des Krankenhauses sollte der betroffenen Frau und ihrem Partner ein ärztlicher Nachsorgetermin angeboten werden. Die wichtigsten Ziele der ambulanten Nachsorge sind über den Versuch der Aufklärung der Abortursachen hinaus auch die Erkennung von Risikopatientinnen, eine umfassende Informationsvermittlung, eine Stabilisierung der Arzt-Patientinnen-Beziehung und Hilfestellung beim Abbau von Ängsten und Schuldgefühlen sowie beim Zulassen von Trauer (Rauchfuß in Stauber, Kentenich & Richter, 1999).

Lee et al. (1996) kamen in ihrer Untersuchung zu Nachsorgegesprächen mit 49 Betroffenen, die zwei Wochen nach der Fehlgeburt durchgeführt wurden, zu dem Ergebnis, dass diese zwar von den betroffenen Frauen als hilfreich wahrgenommen wurden, sich aber nicht auf die psychometrisch erfassten Angst- und Depressionswerte auswirkten. Nikcevic et al. (1998) fanden in ihrer Untersuchung an 204 von einer Fehlgeburt betroffenen Frauen heraus, dass sich 92% einen Nachsorgetermin im Krankenhaus oder bei ihrem ambulanten Behandler gewünscht hätten. 30% der Frauen wurde ein solcher Termin angeboten. Hinsichtlich Trauer, Depression und Angst ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen, welche einen Nachsorgetermin erhalten hatten und jenen, welchen keiner angeboten worden war. Frauen, welchen während des Nachsorgetermins die Möglichkeit gegeben wurde, über ihre Gefühle zu sprechen, wiesen deutlich geringere Angst- und Depressionswerte auf als jene, denen

diese Möglichkeit nicht eingeräumt wurde.

Brier (2004) empfiehlt einen Nachsorgetermin, bei dem auf Trauersymptome, depressive Reaktionen und Ängste geachtet werden und bei Bedarf eine Überweisung an eine psychotherapeutische Fachkraft erfolgen soll.

In einem Review zur Zufriedenheit von Frauen bezüglich der Betreuung während ihrer Fehlgeburt stellen Geller et al. (2010) folgende Ergebnisse heraus: Frauen, welche eine negative Einstellung des Personals gegenüber der Fehlgeburt empfanden, welche subjektiv nicht genügend Informationen erhielten oder zu wenig in Entscheidungen eingebunden waren und welchen eine Nachsorge mit dem Fokus auf das emotionale Befinden fehlte, waren deutlich unzufriedener als Frauen, bei denen die genannten Punkte nicht zutrafen. Ein Nachsorgegespräch unter Einbeziehung der psychischen Aspekte scheint demnach vielen Betroffenen wichtig zu sein.

Auch Wong et al. (2003) listen Aspekte auf, mit denen Betroffene in der Nachsorge einer Fehlgeburt unzufrieden waren. Dabei werden unter anderem folgende Wünsche genannt: Angebot eines Nachsorgetermins sollte aktiv von Seiten der Klinik kommen, mehr und konkretere Informationen mit etwas zeitlichem Abstand zum Schwangerschaftsverlust sowie mehr Mitgefühl und weniger Bagatellisierung des Ereignisses.

Schott und Henley (2010) weisen darauf hin, dass Frauen und ihre Partner nach Fehl- oder Totgeburten in ihrem privaten Umfeld oft keine Möglichkeit haben, über den Verlust und ihre Trauer zu sprechen. Aufgrund dessen wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine aktive Kontaktaufnahme durch die medizinischen Behandler empfohlen. Auch langfristig legen die Autoren eine intensive Betreuung und Unterstützung – insbesondere während weiterer Schwangerschaften – nahe. Erlandsson et al. (2011) betonen dagegen vor allem die Wichtigkeit der Unterstützung aus dem privaten sozialen Umfeld. Diese Personen seien sich ihrer tragenden Rolle jedoch häufig nicht bewusst und seien teilweise überfordert. Deshalb wird die Aushändigung von schriftlichen Informationsmaterialien an Familienangehörige und weitere nahestehende Personen empfohlen.

Psychologische Nachsorgeprogramme

In seinem Review schreibt Brier (2004) der Durchführung eines psychologischen Debriefings im Sinne einer Krisenintervention nach Fehl- oder Totgeburten keine stress- und angstreduzierende Wirkung zu.

Klier et al. (2002) liefern in ihrem Review eine Übersicht über diverse Beratungsprogramme für Frauen nach Schwangerschaftsverlusten, welche direkt in der Klinik, ambulant oder auch telefonisch durchgeführt wurden. Es werden auch Autoren angeführt, die eine protektive Wirkung von spezifischer ambulanter Nachbetreuung bei Zustand nach Abort bzw. perinatalem Verlust hinsichtlich des Auftretens von psychiatrischen und psychischen Störungen zeigen konnten (u.a.

Neugebauer et al., 2001). In neueren Untersuchungen überprüften Neugebauer et al. (2006, 2007) die Wirksamkeit von maximal sechs telefonisch durchgeführten Interpersonellen Counseling-Sitzungen (als Variante der Interpersonellen Psychotherapie) gegenüber der routinemäßigen Standardversorgung nach Fehlgeburten. Frauen mit der zusätzlichen psychologischen Betreuung wiesen nach sechs Wochen eine stärkere Verringerung ihrer Depressionswerte auf. Diese Studie zielte allerdings nur auf Frauen mit subsyndromalen Depressionswerten ab.

Nikcevic et al. (2007) überprüften die Wirkung von zusätzlicher psychologischer Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten in einer randomisierten Untersuchung. 61 Frauen bekamen keinen Nachsorgetermin, 66 Teilnehmerinnen erhielten einen gynäkologischen Nachsorgetermin in der Klinik zur Besprechung der Autopsieergebnisse. Die Hälfte dieser 66 Frauen erhielt zusätzlich eine 50-minütige psychologische Beratungssitzung, welche auf den Grundannahmen der kognitiv-behavioralen Therapien basierte. Eine aktive Auseinandersetzung mit den Gefühlen im Zusammenhang mit der Fehlgeburt wurde angestrebt. Des Weiteren kamen Techniken wie Reframing und kognitive Neuorganisation der Erinnerung zum Einsatz. Zwei Wochen und vier Monate nach dem Termin in der Klinik waren bei allen Probandinnen die Trauer-, Depressions- und Angstwerte gesunken. Die Frauen mit gynäkologischem und psychologischem Nachsorgegespräch wiesen deutlich geringere Trauerwerte auf als die Frauen in den anderen Gruppen.

Auch Swanson et al. (2009) konnten einen deutlich positiven Effekt von drei Gesprächssitzungen im heimischen Umfeld des betroffenen Paares auf die Auflösung von Trauer und Depression nach einer Fehlgeburt aufzeigen.

Betreuungskonzepte für die Zeit einer neuen Schwangerschaft wurden unter anderem von Stray-Pedersen & Stray-Pedersen (1984, 1988), Clifford et al. (1997), Li (1998) und Brigham et al. (1999) vorgeschlagen. Sie sehen eine enge Anbindung an den zuständigen Arzt vor, welcher neben der Durchführung engmaschiger Untersuchungen auch für Gespräche über Sorgen und Ängste zur Verfügung steht.

2.2.2.2 Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation

Die im Folgenden dargestellten Untersuchungsergebnisse beziehen sich nicht auf Schwangerschaftsabbrüche bei kriminologischer Indikation. Im Fokus stehen Schwangerschaftsabbrüche, bei denen die medizinische Indikation aus zu erwartenden schwerwiegenden Behinderungen des Kindes besteht, welche die Mutter als massive seelische Beeinträchtigung für sich selbst einschätzt.

Die Notwendigkeit, aktiv eine Entscheidung über eine Beendigung der Schwangerschaft treffen zu müssen, wird als besondere psychische Ausnahmesituation angesehen, welche bereits mit

der Durchführung von pränataldiagnostischen Maßnahmen und der Mitteilung von daraus resultierenden ungünstigen Ergebnissen beginnt (u.a. Ahmed et al., 2008; Kaasen et al., 2010, McCoyd, 2007; Wool, 2011).

In der wenigen bisher vorliegenden Literatur besteht große Einigkeit darüber, dass solche Schwangerschaftsabbrüche zumindest vorübergehend mit starken psychischen Beeinträchtigungen in Form von ausgeprägten Trauerreaktionen, Depressionen, Ängsten und posttraumatischer Symptomatik einhergehen können. Aufgrund der geringen Anzahl der vorliegenden Untersuchungen werden die entsprechenden Ergebnisse gesammelt dargestellt.

2.2.2.2.1 Übersicht über mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation

In einer Untersuchung von Kersting et al. (2007) wiesen 25% der Frauen 14 Monate nach einem Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation deutliche psychische Beeinträchtigungen auf. 16.7% erfüllten die Kriterien für eine manifeste psychische Störung nach DSM-IV.

Davies et al. (2005) zeigten in ihrer Untersuchung, dass die betroffenen Frauen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sowohl sechs Wochen, sechs Monate sowie ein Jahr nach dem Eingriff erhöhte Trauer-, Depressions- und PTSD-Werte aufwiesen. Die Werte hinsichtlich einer Posttraumatischen Belastungsstörung (gemessen mit der Impact of Event Skala, Horowitz et al., 1979) blieben über den gesamten Untersuchungszeitraum über dem Cut-off-Wert für klinische Relevanz.

Im Hinblick auf mögliche Trauerreaktionen sind folgende Ergebnisse zu nennen: Bereits Elder und Laurence (1991) machten deutlich, dass Trauerreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation nicht selten sind. 80% der betroffenen Frauen zeigten eine akute Trauerreaktion, bei 25% war diese auch ein halbes Jahr nach dem Ereignis noch anhaltend.

In ihrer Darstellung von drei praxisbezogenen Fallberichten betonten Kersting und Kollegen (2004) das traumatische Potential von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation aufgrund von kindlichen Fehlbildungen. Sie berichten von sechs Monate anhaltenden Trauererläufen, welche mit klinisch relevanten Angst- und Depressionssymptomen einhergehen. In einer Untersuchung von 62 Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation zwischen der 15. und 32. Schwangerschaftswoche (Kersting et al., 2007) erfüllten 13.7% 14 Monate nach dem Eingriff die Kriterien einer komplizierten Trauerreaktion nach Horowitz et al. (1997) (siehe Abschnitt 2.2.2.1.1., S. 26).

Wool (2011) betont in ihrem Review, dass sowohl die Entscheidung für das Austragen eines Kindes mit massiven Behinderungen und ohne Überlebenschancen als auch die Entscheidung

für den Abbruch einer solchen Schwangerschaft zu intensiven Trauerreaktionen führen.

Keefe-Cooperman (2004) verglich Frauen mit zurückliegenden Fehlgeburten und Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund von fetalen Fehlbildungen mit der Vermutung, die zweite Gruppe von Frauen sei massiver belastet. Sie fand ein ähnliches Ausmaß von Trauer vor. Ähnliche Ergebnisse lieferten bereits Iles & Gath (1993).

Weiterhin zeigte die Autorin folgende Einflussfaktoren auf die Ausprägung der Trauerreaktionen: Zeitfenster seit dem Verlust bzw. Abbruch, Erhalt eines Beratungsangebots, außerhäusliche Berufstätigkeit, Verantwortungsübernahme für den Verlust bzw. Abbruch, Alter der Mutter und damit verbundene Schuldgefühle sowie Schwangerschaftsdauer (Keefe-Cooperman, 2004).

Zu depressiven Reaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sind folgende Studien anzuführen:

Korenromp et al. (2007) fanden in ihrer Untersuchung an Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation (und ihren Partnern) vier Monate nach dem Ereignis bei 28% der Frauen pathologische Depressionswerte, 16 Monate danach noch bei 13% der Betroffenen (Korenromp et al., 2009). Auch die Ergebnisse von Kersting et al. (2009) zeigten 14 Monate nach dem Eingriff deutlich ausgeprägte affektive Störungen.

Als Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten in Form von Depressionen und Posttraumatischen Belastungssymptomen nennen Korenromp et al. (2007) große Zweifel in der Entscheidungsphase, unangemessene Unterstützung durch den Partner, geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, niedriges Alter, Religiosität und hohes Schwangerschaftsalter.

Bezogen auf Angstreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation liegen bisher kaum Ergebnisse vor. Lediglich bei Kersting et al. (2009) wird aufgezeigt, dass 14 Monate nach einem Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation auch Angstsymptome eine Rolle spielen können.

Auch zu posttraumatischen Reaktionen liegen bisher nur wenige Untersuchungen vor:

In der oben genannten Studie von Korenromp et al. (2007) fielen 44% der betroffenen Frauen vier Monate nach dem Eingriff durch klinisch relevante PTSD-Werte auf. Nach 16 Monaten bestanden entsprechende Symptome noch bei 20.5% der Betroffenen (Korenromp et al., 2009). Hinweise auf posttraumatische Reaktionen bis zu 14 Monate nach dem Eingriff liefern auch die Ergebnisse von Kersting et al. (2009).

Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation im zweiten Trimenon gingen sechs Wochen nach dem Ereignis mit stärkeren psychischen Beeinträchtigungen in Form von posttraumatischer Symptomatik einher als Abbrüche im ersten Trimenon. Nach sechs und zwölf Monaten waren die Beeinträchtigungen in gleichem, klinisch relevantem Ausmaß vorhanden (Da-

vies et al., 2005). Korenromp et al. (2007) führen als Risikofaktoren für das Auftreten von deutlichen posttraumatischen Symptomen dieselben an, wie sie im Hinblick auf Depressionen oben aufgezählt wurden.

Zu möglichen Langzeitfolgen von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sind folgende Untersuchungen zu nennen:

Kersting et al. (2005) zeigten mit ihrer Untersuchung an 83 Frauen zwei bis sieben Jahre nach einem medizinisch indizierten Abbruch, dass psychische Beeinträchtigungen nach derartigen Eingriffen mehrere Jahre lang anhalten können. Die betroffenen Frauen waren bis zu sieben Jahre nach dem Eingriff ebenso stark trauernd und traumatisiert wie 60 Frauen, welche 14 Tage nach dem Abbruch befragt wurden. Beide Frauengruppen unterschieden sich signifikant von Frauen nach der Geburt eines gesunden Kindes. Im Gegensatz dazu fanden Korenromp et al. (2005) in einer ähnlichen Studienanordnung ebenfalls anhaltende posttraumatische Symptome, jedoch deutlich seltener anhaltende Trauerprozesse.

Eventuelle Risikofaktoren sind bisher nicht erforscht.

2.2.2.2.2 Bisherige Beratungs- und Behandlungsansätze

Während es in Hinblick auf die Betreuung von Frauen, welche sich für die Fortführung einer Schwangerschaft trotz einer fatalen Prognose des Kindes entscheiden, neuere Entwicklungen im Sinne einer perinatalen Palliativversorgung gibt (Ramer-Chrastek & Thygeson, 2005; Wool, 2011), liegen zu psychischen Beratungs- und Betreuungsansätzen für Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund einer infausten Prognose für das Kind kaum neue Studien vor.

Elder und Laurence überprüften 1991, ob aufsuchende Hausbesuche durch einen „field worker“ (ohne nähere Beschreibung der Qualifikation) einen Einfluss auf die Ausprägung von Trauerreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation haben. Die nicht standardisierten Gespräche konzentrierten sich auf den Ausdruck von Gefühlen, Informationsvermittlung sowie, bei entsprechendem Wunsch der Eltern, auf die Überreichung eines Fotos des toten Kindes. Weiterhin waren weder die Zeitdauer noch die Anzahl der Gespräche vorgegeben. 83% der Probandinnen schätzten die Besuche als sehr hilfreich ein. Eine Kontrollgruppe ohne entsprechende Besuche lag nicht vor.

Fisher (2012) betont die Wichtigkeit, bereits bei der Übermittlung von auffälligen Screeningergebnissen flexibel und unterstützend vorzugehen. Benute et al. (2011) stellen heraus, dass Eltern, welche ein letales Ergebnis von Screeninguntersuchungen erhalten haben, dringend psychologische Beratung und Unterstützung beim Entscheidungsprozess über das Fortführen oder Beenden der Schwangerschaft benötigen, um das Risiko für posttraumatische Symptome oder Schuldvorwürfe zu vermindern.

2.2.2.3 Mögliche psychische Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung

Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung werden in aktuellen Publikationen, insbesondere seit Einführung der Möglichkeit der medikamentösen Beendigung einer Schwangerschaft mit den Präparaten Mifepristone und Misoprostol, häufig als eine Lösung einer konfliktbeladenen Problemsituation (ungewollte Schwangerschaft) beschrieben (Barnow et al., 2001; Hemmerling et al., 2005; Lowenstein et al., 2006). Der Anteil an Frauen mit psychischen Folgebelastungen wird häufig mit unter 10% angegeben (Hemmerling et al., 2005). Einige Autoren berichten dagegen von einem nicht geringen Anteil von Frauen mit monate- bis jahrelang anhaltender posttraumatischer Belastung, Angstsymptomatik und Depression (u.a. Broen et al., 2004, 2006; Fergusson et al., 2006).

Die widersprüchliche Ergebnislage wird im Folgenden aufgeteilt auf die bereits oben verwendeten Kategorien psychischer Störungen und unter Hinzunahme der entgegengesetzten Kategorie Erleichterung / Entlastung dargestellt.

2.2.2.3.1 Erleichterung / Entlastung nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung

Bereits ältere Studien zeigten häufig den möglichen erleichternden Effekt von Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung auf.

Unter anderem Pasnau (1972) fand bei gesunden Frauen meist nur leichte depressive Verstimmungen ohne ernsthafte negative Folgen, bei psychiatrisch kranken Frauen eher eine Verbesserung des mentalen Zustandes, hingegen nur bei sehr wenigen eine Verstärkung der vorbestehenden Symptome.

Bei Ashton (1980) wiesen nur 5% der betroffenen Frauen anhaltende Depressionen auf, 50% zeigten kurze Belastungen in Form von Schuldgefühlen und Bedauern, bei den übrigen Frauen wurden keine aversiven Emotionen oder Probleme deutlich.

Dem Review von Lemkau (1988) ist zu entnehmen, dass nur selten negative Folgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung auftreten und diese deshalb als psychisch nicht gefährlich eingestuft werden sollten. Als typische Reaktion nach den Eingriffen wurde Erleichterung beschrieben.

Adler und Kollegen (1990, 1992) beschrieben, dass der größte psychische Stress vor dem Eingriff bestehe, im Nachgang seien psychische Beeinträchtigungen selten.

Bei Barnow et al. (2001) zeigten die betroffenen Frauen direkt nach dem Abbruch Erleichterung, Entspannung und insgesamt weniger Beschwerden, drei Monate später werden Fröhlichkeit,

Aktivität und anhaltend geringe Beschwerden beschrieben. Für viele Frauen stelle ein solcher Eingriff demnach die Problemlösung einer Krisensituation dar, welche zum Abbau von Dissonanz, Stresserleben und Unkontrollierbarkeit führe.

Auch Bradshaw und Slade (2003) sprechen sich in ihrem Review dafür aus, dass psychischer Stress meist nur vor dem Eingriff auftrete und anschließend in Erleichterung übergehe. Negative Gefühle wie Depressivität, Angst und Schuld werden als vorübergehend sowie direkt nach dem Abbruch und in den Folgemonaten abnehmend angesehen.

Kero et al. (2004) benennen ebenfalls Erleichterung als dominante Reaktion nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung, welche für 62.1% der von ihnen befragten Frauen direkt nach dem Eingriff im Vordergrund stand. 17.2% erlebten eine leichte bis moderate Belastung, 20,7% litten jedoch zunächst an schweren emotionalen Belastungen. Fast alle Frauen gaben nach einem Jahr an, gut mit dem zurückliegenden Abbruch nach der Beratungsregelung zurecht zu kommen. Die meisten Frauen beschrieben den Abbruch als eine Form der Verantwortungsübernahme, über die Hälfte berichtete ausschließlich positive Emotionen wie mentales Wachstum und Reifung.

Bei Hemmerling et al. (2005) zeigten unter 10% der betroffenen Frauen auffällige psychische Symptome, z.B. in Form von Depressivität. Depressive Symptome bestanden dabei jedoch insbesondere vor dem Eingriff (bei 21.3%) und ließen anschließend deutlich nach (nur noch bei 2.2%). Selbiges gilt für Angstsymptome (27.0% vs. 3.7%). Dieser Rückgang der Symptome wird als Hinweis dafür interpretiert, dass der Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung als Lösung einer schwierigen Situation angesehen werden kann. Auch die Ergebnisse von Faure und Loxton (2003), Lowenstein et al. (2006), Major et al. (2000, 2009) und Sit et al. (2007) sprechen für eine stressreduzierende Wirkung eines Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungsregelung durch die Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft.

2.2.2.3.2 Trauerreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren

Möglicherweise liegen zu eventuellen Trauerreaktionen und entsprechenden Risikofaktoren nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung deshalb keine uns bekannten Untersuchungen vor, weil diesen Eingriffen eine aktive Entscheidung der betroffenen Frauen vorausgeht. Dennoch sollten Trauerreaktionen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden und bedürfen folglich der wissenschaftlichen Untersuchung. Unter anderem dann, wenn der Abbruch aufgrund von emotionalem Druck durch den Partner oder aufgrund anderer widriger Umstände im Umfeld der Frau durchgeführt wurde, wären gesunde, aber auch pathologische Trauerreaktionen durchaus denkbar. Bei Kero et al. (2001) gaben immerhin 8% der befragten Frauen an, den Abbruch mehr oder weniger gegen ihren Willen durchgeführt haben zu lassen.

2.2.2.3.3 Depressive Reaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren

Eine indirekte Aussage über Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung und Depressionen führen Gissler et al. (1996) an. Sie untersuchten durch die Verbindung von vorliegenden Informationen aus finnischen Gesundheitsregistern Selbstmorde, die zwischen 1987 und 1994 begangen wurden und im Kontext von Schwangerschaften, Abtreibungen und Fehlgeburten stehen könnten, weil sie innerhalb eines Jahres nach einem dieser drei Ereignisse vollzogen wurden. Dazu wurden Daten aus folgenden Quellen herangezogen: Sterberegister, Geburtsregister, Register der durchgeführten Abtreibungen, in dem mehr als 99% aller Abruptiones erfasst sind, und Register der Krankenhausentlassungen zur Ermittlung von Fehlgeburten. Die Autoren stellten fest, dass die Suizidrate nach einer Lebendgeburt nur halb so hoch ist wie die allgemeine Suizidrate von Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Bei Frauen nach einer Abtreibung war die Suizidrate innerhalb des darauf folgenden Jahres um das dreifache gegenüber der allgemeinen Suizidrate erhöht.

Gissler und Kollegen (1996) merkten an, dass sich aufgrund des Studiendesigns nicht zwingend kausale Schlüsse ziehen lassen. Dass Schwangerschaftsabbrüche bei einem Teil der betroffenen Frauen über eine Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens zu Suizidalität führen könnten, sei nur eine mögliche Erklärung für die erhöhten Selbstmordraten. Weiterhin gilt es zu bedenken, dass die betroffenen Frauen auch Risikofaktoren ausgesetzt sein könnten, welche Schwangerschaftsabbrüche und Suizidalität gleichermaßen begünstigen.

In einer neueren Untersuchung von 2005 zeigten Gissler et al. eine erhöhte Suizidrate im Jahr nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung insbesondere für junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren.

Broen et al. (2005b) ist zu entnehmen, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung zehn Tage, sechs Monate, sowie zwei und fünf Jahre nach dem Eingriff gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Depressionswerte aufweisen. Pedersen (2008) fand bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen von Depressionen, auch wenn diverse soziodemographische Faktoren kontrolliert wurden.

Bei der Auswertung von Daten aus dem National Comorbidity Survey (NCS), im Rahmen dessen unter anderem mit 399 Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung eine modifizierte Version des standardisierten Interview-Verfahrens CIDI (WHO, 1990) durchgeführt wurde, entdeckten Coleman und Kollegen (2009) Auffälligkeiten in der psychischen Verfassung der betroffenen Frauen. In allen untersuchten Störungskategorien wiesen diese Frauen höhere Werte auf als die Vergleichsgruppe ohne zurückliegende Schwan-

gerschaftsabbrüche. Das Risiko für eine bipolare Störung war bei Frauen mit zurückliegendem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung um 167% erhöht, das Risiko für eine Major Depression um 45%. Es erfolgte die Berücksichtigung diverser soziodemographischer Kontrollvariablen, inklusive vorangegangener Fehl- und Totgeburten.

Eine Woche nach dem Eingriff wurde bei 27.1% der Teilnehmerinnen einer Studie von Yilmaz und Kollegen (2010) eine depressive Symptomatik diagnostiziert.

Major et al. (2000) identifizierten vorbestehende depressive Erkrankungen als Risikofaktoren für die Entwicklung weiterer depressiver Episoden und anderer psychischer Anpassungsprobleme in den zwei Jahren nach dem Eingriff.

Nach Hemmerling et al. (2005) erleben nur wenige Frauen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung depressive Symptome. Besonders gefährdet hierfür seien jedoch Frauen, welche der Schwangerschaft gegenüber ambivalent waren, keine klare, sichere Entscheidung getroffen hatten und deshalb auch den Abbruch erst in einer späteren Schwangerschaftswoche durchführen ließen.

Broen et al. (2006) identifizierten eine schlechte psychische Verfassung im Vorfeld und Zweifel an der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch als Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Symptome. Die Ergebnisse von Sit et al. (2007) weisen Frauen, welche schon vorher psychiatrisch erkrankt waren (z.B. an Angststörungen) ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression nach einem Abbruch nach der Beratungsregelung zu.

Yilmaz et al. (2010) fanden nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch (im Gegensatz zum medikamentösen Abbruch) höhere Raten depressiver Symptomatik (34.3% versus 22.8%). Als weitere Risikofaktoren werden auch in dieser Untersuchung psychiatrische Vorerkrankungen und dabei insbesondere Angststörungen benannt.

2.2.2.3.4 Angstreaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren

Wie bereits unter 2.2.2.1.3. (S. 33) dargestellt, musste im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Berücksichtigung spezieller Angststörungen (abgesehen von der Posttraumatischen Belastungsstörung) unterbleiben. Deshalb werden im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse des aktuellen Forschungsstandes verkürzt dargestellt.

In ihrem Review von 2003 benennen Bradshaw und Slade Angst als häufigste negative emotionale Reaktion auf einen Abbruch nach der Beratungsregelung. Sie weisen gleichzeitig darauf hin, dass Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung im psychischen Befinden langfristig keine Unterschiede im Vergleich zu Frauen, welche ihre Schwangerschaft ausgetragen hatten, aufweisen.

Bei ihrer Sekundäranalyse von Daten aus dem National Comorbidity Survey (NCS) fanden Steinberg und Russo (2008) keine insgesamt erhöhten Raten von generalisierten Angststörungen und sozialen Phobien nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung. Allerdings lagen bei Frauen mit multiplen Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung erhöhte Raten von sozialer Phobie vor.

In der bereits in Abschnitt 2.2.2.3.3. (S. 46) beschriebenen Studie von Coleman und Kollegen (2009) zeigten sich insbesondere für Angsterkrankungen (Panikstörung, Agoraphobie mit und ohne Panikstörung) erhöhte Häufigkeiten bei Frauen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung. Das Risiko für eine Panikstörung war bei Frauen mit zurückliegendem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung um 111% erhöht, das Risiko für eine Agoraphobie mit und ohne Panikstörung um 95%. Das auf den Abbruch attribuierbare Risiko hinsichtlich Panikstörung lag bei 11.5%, bezüglich Agoraphobie bei 9.7%.

2.2.2.3.5 Posttraumatische Reaktionen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren

Bianchi-Demicheli et al. (2001) beschreiben einen Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung eher als Erleichterung, psychische Probleme seien kurz, leicht und selten. Stress, Depression und Angst nahmen bei den meisten Frauen nach dem Eingriff ab. Trotzdem wiesen 11.0% der von ihnen untersuchten Frauen sechs Monate nach dem Abbruch auffällige IES-Werte (Horowitz et al., 1979) von über 42 Punkten auf, welche einen Hinweis auf das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung geben können.

Bei Broen et al. (2004) nennen viele betroffene Frauen nach ihren Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung das „Gefühl, das Richtige getan zu haben“ und Erleichterung als dominante Reaktionen, weniger häufig aber auch Trauer, Leere, Verlust und Schuld. Zehn Tage nach dem Eingriff lagen bei 30% der Frauen auffällige Werte auf den IES- Skalen Intrusion oder Vermeidung vor, sechs Monate danach immer noch bei 25.7% und zwei Jahre danach nach wie vor bei 18.1% der Frauen. Demnach ist die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung direkt nach dem Eingriff weniger stark als nach einer Fehlgeburt (siehe Abschnitt 2.2.2.1.4., S. 34), jedoch deutlich länger anhaltend, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von Gedanken und Gefühlen, die im Zusammenhang mit dem Abbruch stehen. Auch innerhalb einer Nachbefragung fünf Jahre nach dem Ereignis waren die IES-Werte der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung deutlich höher als die der Frauen mit einer zurückliegenden Fehlgeburt (Broen et al., 2005b). Trotzdem wird der Eingriff von der Mehrheit der Frauen eher als eine Lösung für ein schwieriges Problem angesehen.

Auch in Hinblick auf mögliche posttraumatische Symptome nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung lieferten Coleman et al. (2009) (siehe auch Abschnitt

2.2.2.3.3., S. 46) deutliche Ergebnisse: das Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung war bei den betroffenen Frauen um 59% erhöht, das attribuierbare Risiko lag bei 6.2%.

Broen et al. (2004) identifizierten hohe Schuld- und Schamwerte zehn Tage nach dem Eingriff als Risikofaktoren für höhere Werte auf der IES-Skala Vermeidung zwei Jahre später. Insbesondere Frauen, welche als Hauptgrund für die Entscheidung zur Beendigung der Schwangerschaft „Druck von Seiten des Partners“ angegeben hatten, zeigten eine besonders schlechte Anpassung und dauerhaft erhöhte IES-Werte (Broen et al., 2005a).

Auch negative Kindheitserfahrungen und vorangegangene Traumata scheinen das Risiko von posttraumatischen Reaktionen zu erhöhen. Zusätzlich werden kulturelle Einflussfaktoren benannt (Rue et al., 2004).

2.2.2.3.6 Mögliche Langzeitfolgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung und Einflussfaktoren

In der Untersuchung von Major et al. (2000) ist zwei Jahre nach dem Eingriff nur 1% der Frauen von einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen, was den Ergebnissen von Broen et al. (2004) entgegen steht (siehe Abschnitt 2.2.2.3.5., S. 48). Dem Review von Bradshaw und Slade (2003) zufolge ist nicht von negativen Langzeitfolgen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung auszugehen. Es werden verschiedene Untersuchungen angeführt, in welchen die betroffenen Frauen bis zu zehn Jahren nach dem Eingriff befragt wurden. Im Gegensatz dazu berichten Broen et al. (2005b) von auch nach fünf Jahren anhaltend erhöhten Angstwerten (siehe Abschnitt 2.2.2.3.4., S. 47).

Auch die Ergebnisse von Fergusson et al. (2006) gehen in diese Richtung. In ihrer Auswertung von Daten aus einer auf zwei Jahre angelegten Geburtskohorten-Untersuchung finden sie unter Frauen, welche im Alter von 15 bis 25 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung durchführen ließen, erhöhte Raten von Depressionen, Ängsten, suizidalem Verhalten und substanzbezogenen Störungen. Mögliche konfundierende Variablen aus dem soziodemographischen Bereich wurden dabei kontrolliert. Eine weitere Auswertung der Geburtskohorte im 30. Lebensjahr führte Fergusson und Kollegen (2008) zu dem Schluss, dass Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung zu einer Erhöhung des Auftretens psychischer Störungen um 30% führen. Das attribuierbare Risiko wird mit 1.5% bis 5.5% angegeben.

Als Risikofaktoren werden die Variablen angesehen, welche auch in den vorangegangenen Abschnitten (2.2.2.3.3., S. 46, bis 2.2.2.3.5., S. 48) benannt wurden.

2.2.2.3.7 Zusammenfassung: Psychische Faktoren nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung

Insgesamt bleibt die Studienlage zu möglichen psychischen Beeinträchtigungen nach Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung widersprüchlich. Während einige Autoren den Eingriffen eine problemlösende Funktion zusprechen, welche vorwiegend zu Erleichterung führt bzw. keine negativen emotionalen Effekte nach sich zieht, finden andere Forscher bei einem bestimmten Anteil der betroffenen Frauen negative psychische Auffälligkeiten. Trauerreaktionen sind diesbezüglich bisher nicht explizit erforscht, wohingegen depressive Symptome, Angststörungen und posttraumatische Belastungsreaktionen als mögliche Folgen von Abbrüchen nach der Beratungsregelung diskutiert werden.

Einige Autoren merken an, dass die erhöhten Raten von psychischen Auffälligkeiten nicht direkt durch den Abbruch nach der Beratungsregelung verursacht seien, sondern durch Faktoren, die beidem gleichermaßen zugrunde liegen könnten, wie z.B. vorbestehende psychische Erkrankung oder Gewalt in der Partnerschaft sowie sexuelle Übergriffe (Robinson et al., 2009; Steinberg & Russo, 2008; Taft & Watson, 2008).

Ergebnisse von Befragungen der betroffenen Männer deuten eher auf Reaktionen wie Erleichterung nach einem Schwangerschaftsabbruch ihrer Partnerinnen hin. Die Untersuchungen zur Qualität der Paarbeziehung nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung sind widersprüchlich (Bianchi-Demicheli et al., 2001; Bradshaw & Slade, 2003; Kero & Lajos, 2004).

2.2.2.3.8 Bisherige Beratungs- und Behandlungsansätze

Slade et al. (2001) befragten 208 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung zu ihrer Betreuung vor, während und nach dem Eingriff. Frauen mit einem operativen Abbruch wünschten sich kürzere Wartezeiten in der Klinik, Frauen mit medikamentösem Abbruch mehr Informationen zum Ablauf. Insgesamt bestand der Wunsch nach mehr Informationen auch in Hinblick auf mögliche emotionale Reaktionen im Nachgang des Schwangerschaftsabbruchs.

Harris (2004) weist auf die Gefahr hin, Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung mit ihren möglicherweise vorhandenen Schuld- und Schamgefühlen alleine zu lassen, wenn sie nicht aktiv nach ihren Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Eingriff gefragt werden. Sie empfiehlt eine unterstützende Beratung durch Hebammen vor und nach dem Eingriff. Innerhalb dieser Beratung soll eine Anregung zu funktionalem Coping erfolgen, Risikopatientinnen sollen frühzeitig erkannt und bei deutlichen psychischen Auffälligkeiten an entsprechende Fachkräfte verwiesen werden.

2.2.3 Zusammenfassung: Psychosomatik in der Geburtshilfe

In den vorausgehenden Abschnitten wurden psychische Aspekte sowohl als möglicherweise vorausgehende bzw. komplizierende, als auch als Folgen von Schwangerschaftsverlusten in Form von Fehl- und Totgeburten, aber auch von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sowie nach der Beratungsregelung bei einem Teil der betroffenen Frauen dargestellt.

Weitere Hinweise für den Einzug der Psychosomatik in die Gynäkologie und die Geburtshilfe bestehen in der Aufnahme der psychosomatischen Grundversorgung in die Weiterbildungsordnung für Gynäkologen (Rauchfuß et al., 2005), der Möglichkeit des Erwerbs der fachgebundenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sowie in der zunehmenden Mitgliederzahl der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik in Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG). Als Arbeitsmodelle in der klinischen Praxis beschreiben Rohde und Dorn (2007) die Tätigkeit von Gynäkologen mit Zusatzausbildung unter anderem im Rahmen von Spezialsprechstunden sowie die Anstellung von Psychologen oder Psychotherapeuten in Frauenkliniken im Konsil- oder Liaison-Dienst (Rigatelli et al., 2002). Alder et al. (2007) empfehlen bei Bedarf gezielte Kommunikationstrainings für Gynäkologen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit.

Eine spezielle Variante psychotherapeutischer Versorgung besteht an der Bonner Frauenklinik, in der eine Psychiaterin und Psychotherapeutin die Professur für Gynäkologische Psychosomatik inne hat.

Bei etwa einem Drittel der stationären Klientel in Frauenkliniken besteht der Wunsch nach einer psychosomatischen Versorgung (Weidner et al., 2008), dabei insbesondere bei Patientinnen mit malignen gynäkologischen Erkrankungen, aber auch bei geburtshilflichen Patientinnen, insbesondere bei denjenigen mit hohen Angst- und Depressionswerten. Leeners et al. (2006) weisen darauf hin, dass die bisherige psychosomatische Versorgung in Frauenkliniken hinter dem Bedarf zurück bleibt.

2.3 Schnittstelle 2: Geburtshilfliche Aspekte in der Psychosomatik

Im Gegensatz zur zunehmenden Integration psychosomatischer und psychiatrischer Aspekte in die Geburtshilfe finden sich bisher kaum Angaben zu einer expliziten Berücksichtigung geburtshilflicher Hintergründe im psychosomatischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Setting.

Obwohl viele Frauen zwischen Menarche und Menopause mit geburtshilflichen Belastungen, unter anderem in Form von Fehl- und Totgeburten, aber auch mit Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sowie nach der Beratungsregelung konfrontiert sind, werden diese

Themenbereiche vermutlich oft nicht aktiv in das psychotherapeutische Geschehen integriert. Auch die diagnostischen Möglichkeiten von ICD-10 und DSM IV sind häufig schwammig, weshalb von einigen Autoren eine Präzisierung und Ausweitung der Optionen zur Kodierung von psychischen Störungen mit geburtshilflichem Hintergrund gefordert wird (Austin, 2010; Jones & Cantwell, 2010; Soares, 2010).

Einige Forscher beschreiben sogar erhöhte Raten von Schwangerschaftsverlusten (Gold et al., 2007), aber auch Schwangerschaftsabbrüchen (Cagnacci & Volpe, 2001) bei psychisch kranken Frauen, was auf eine zusätzliche Kumulation entsprechender Vorerfahrungen beim psychotherapeutischen Klientel hinweisen würde. Zudem ist nicht davon auszugehen, dass gerade Frauen mit psychischen Problemen grundsätzlich eine besonders einfache und funktionale Verarbeitung derartiger Erfahrungen bewerkstelligen können. Diese Annahme wird auch dadurch bestätigt, dass psychische Vorerkrankungen häufig als Risikofaktoren für ungenügende und dysfunktionale Verarbeitungsstrategien und die daraus resultierenden psychischen Auffälligkeiten identifiziert wurden (siehe Abschnitt 2.2.2., S. 25).

2.3.1 Theoretische Überlegungen – Einbindung geburtshilflicher Ereignisse in biopsychosoziale Pathogenesemodelle psychischer Störungen

In den folgenden Abschnitten wird versucht, Schwangerschaftsverluste oder -abbrüche an den passenden Stellen in jeweils ein ausgewähltes biopsychosoziales Pathogenesemodell für pathologische Trauer (Abschnitt 2.3.1.1), depressive Störungen (Abschnitt 2.3.1.2, S. 53) und posttraumatische Belastungsstörungen (Abschnitt 2.3.1.4, S. 54) zu integrieren.

2.3.1.1 Komplizierte Trauer

Hinsichtlich der komplizierten Trauer lässt sich das Modell von Rosner et al. (2011) anführen (siehe Abb. 6, S. 53). Der Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch, insbesondere bei medizinischer Indikation, kann als Tod einer in der eigenen Vorstellung oder in einer fortgeschrittenen Schwangerschaft als Tod einer bereits existierenden, geliebten Person verstanden werden.

Intensives Verlangen sowie plötzliche Einsamkeit, Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlustes, emotionale und körperliche Schmerzen sowie ein Verlust der bereits begonnenen Identitätsfindung als Mutter können in der Folge eines solchen Ereignisses auftreten. Vermeidungsstrategien bzw. andauerndes Grübeln, was ebenfalls eine Vermeidungsstrategie darstellen kann, führen zu vorübergehender Symptomreduktion, jedoch nicht zu einer tatsächlichen Aufarbeitung des erlebten Verlustes. Durch interne und externe Auslöser können die intensiven Emotionen und Schmerzen, welche mit dem Verlust verbunden sind, immer wieder ausgelöst werden und mit der Zeit in Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit resultieren.

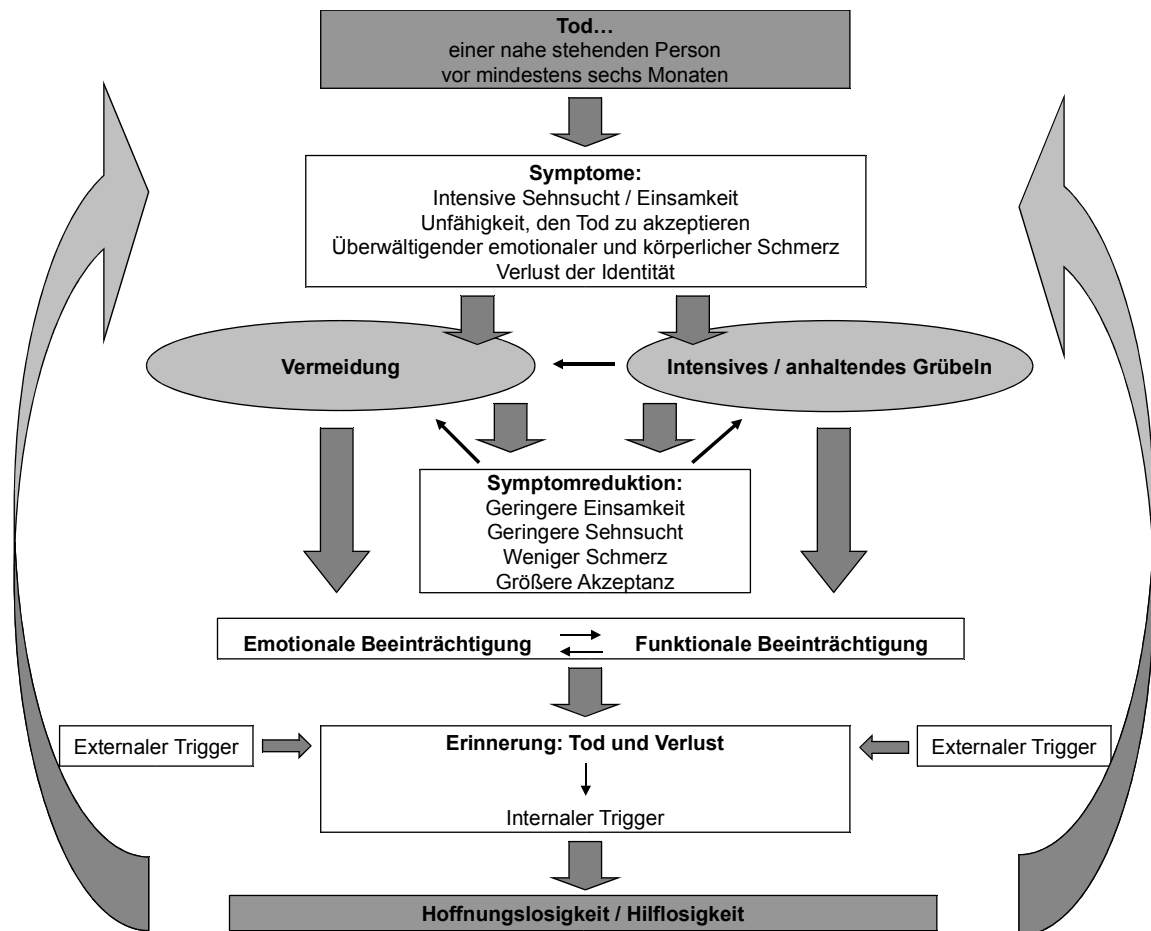


Abbildung 6: Krankheitsmodell der Komplizierten Trauer (Rosner et al., 2011, Übersetzung durch die Verfasserin, online-pdf-Artikel, aufgerufen am 04.02.2012)

2.3.1.2 Depression

Zur Beachtung geburtshilflicher Vorbelastungen bei der Genese depressiver Erkrankungen kann auf das integrative Modell von Hautzinger (2000) zurückgegriffen werden (siehe Abb. 7, S. 54).

Der Schwangerschaftsverlust oder -abbruch kann als vorausgehende Bedingung angesehen werden, welche unmittelbare Emotionen und automatisierte Verhaltensmuster auslöst und zu einer Wendung der Aufmerksamkeit auf sich selbst führt. In der Folge rücken bei entsprechender Prädisposition und Vulnerabilität aversive Annahmen über sich selbst in den Fokus, (z.B. „Ich bin nicht mal in der Lage, ein Kind auszutragen. Nicht einmal das kann ich. Ich bin einfach eine Versagerin!“). Mögliche positive Annahmen und Erfahrungen werden weniger wahrgenommen. Dieser dysphorische Zustand kann im Sinne einer Abwärtsspirale aus dysfunktionalen Verhaltens- und Denkmustern in eine Depression übergehen.

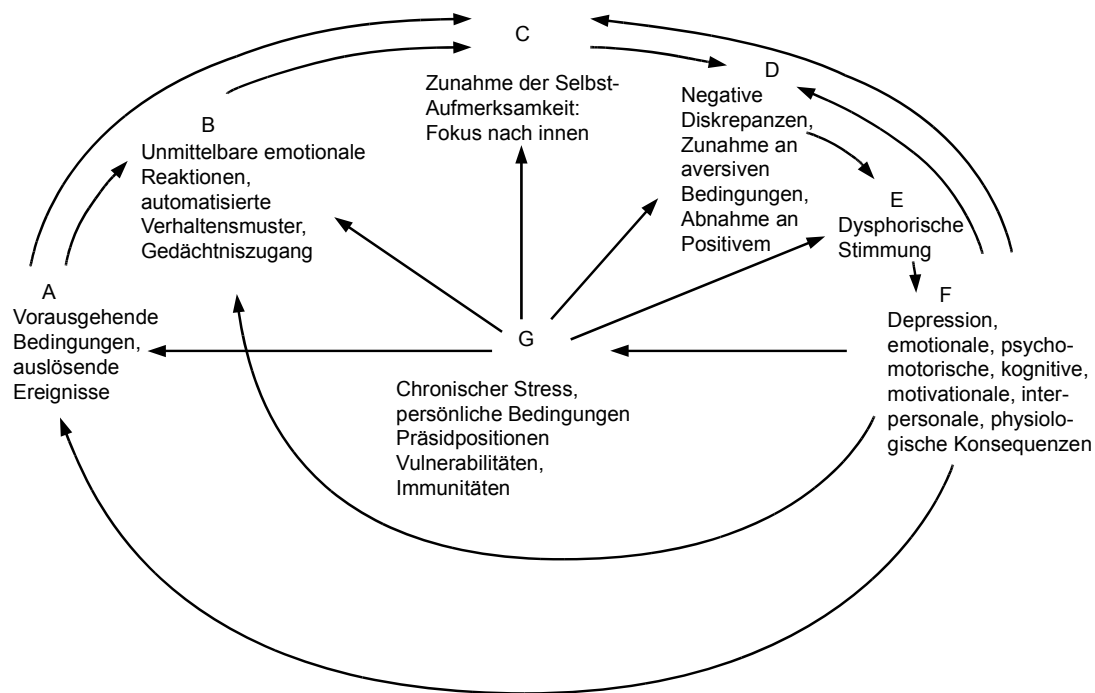


Abbildung 7: Entstehungsmodell Depression nach Hautzinger (2000) (online-Quelle, aufgerufen am 04.02.2012)

2.3.1.3 Angst

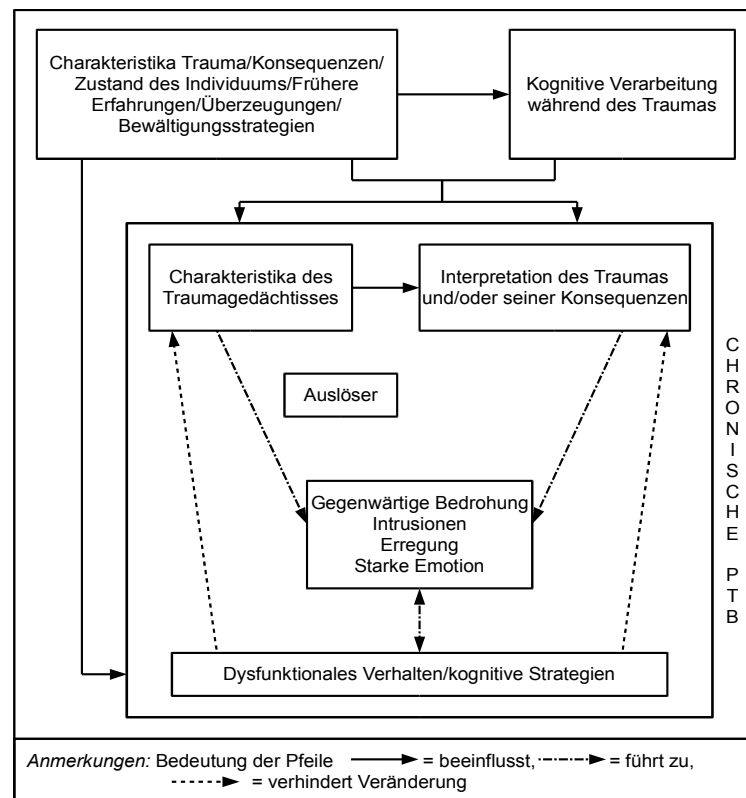
Nachdem Angststörungen in der vorliegenden Untersuchung unter anderem aufgrund ihrer Vielfältigkeit nicht berücksichtigt werden konnten, wird an dieser Stelle auf die mögliche Eingliederung geburtshilflicher Vorbelastungen in die jeweiligen Modelle für Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie und generalisierter Angststörung verzichtet.

2.3.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Ob Schwangerschaftsverluste oder -abbrüche als traumatische Erfahrungen eingestuft werden sollten, ist bisher in der entsprechenden Literatur nicht abschließend geklärt (siehe auch Abschnitte 2.2.2.1.4., S. 34, 2.2.2.2.1., S. 41 und 2.2.2.3.5., S. 48) und hängt sicherlich auch von deren Verlauf und der individuellen Bewertung ab.

Wenn ein Schwangerschaftsverlust oder -abbruch als traumatische Erfahrung erlebt wurde und sich daraus eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, kann das Modell von Ehlers und Clark (1999) herangezogen werden (siehe Abb. 8, S. 55).

Laut Ehlers und Clark (1999) findet nach einer traumatischen Erfahrung eine eingeschränkte Gedächtniselaboration statt. Eine Kontextualisierung des Erlebnisses bzw. eine Einbettung in



insbesondere psychologische Psychotherapeuten innerhalb ihrer Ausbildung nicht oder nur marginal mit diesen Themenbereichen in Berührung.

2.3.3 Bisherige Forschungsergebnisse

Sperry und Sperry (2004) weisen unter anderem mittels Einzelfalldarstellungen darauf hin, dass insbesondere Familientherapeuten von Klienten aufgesucht werden können, die einen Schwangerschaftsverlust betrauern. Leider schließen sich keine Behandlungsempfehlungen an.

In Hinblick auf den Umgang mit möglichen psychischen Belastungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung empfehlen Rubin und Russo in ihrem eventuell auch politisch motivierten Artikel von 2004 dringend die Vermeidung einer Pathologisierung und der Kreierung eines „post-abortion Syndroms“. Vielmehr raten sie zur Ausweitung funktionaler Copingstrategien durch Unterstützung und Validierung, durch die Schaffung positiver Bewertungen und die Steigerung von Selbsteffizienz innerhalb des therapeutischen Prozesses.

Eine neuere Entwicklung ist bei Kersting und Kollegen (2011a; 2011b) zu finden: Die Forschergruppe evaluiert aktuell eine internetgestützte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patientinnen mit vorausgegangenem Schwangerschaftsverlust. Inhaltlich werden innerhalb von zehn Schreibaufträgen und ihren Beantwortungen durch einen Therapeuten drei Ziele verfolgt: Selbst-Konfrontation, kognitive Umbewertung sowie „social sharing“ und Abschied. Das übergeordnete Ziel besteht in einer Verbesserung des Coping-Prozesses hinsichtlich des erlittenen Schwangerschaftsverlustes. Eine Linderung von posttraumatischer Symptomatik und anhaltender Trauer in der Treatment-Gruppe, verglichen mit einer Wartelistengruppe, zeichnet sich ab. Die entsprechenden Effektstärken (Cohens d) werden mit 0.66 bis 0.86 angegeben, was für mittlere bis starke Effekte spricht. Die Veränderungen zeigten sich in einer Follow up-Untersuchung nach drei Monaten stabil.

2.3.4 Zusammenfassung: Geburtshilfliche Hintergründe in der Psychosomatik

Obwohl davon auszugehen ist, dass geburtshilfliche Vorbelastungen in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen bei Patientinnen in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung keine Seltenheit darstellen und von einem Teil der Betroffenen nicht ausreichend bewältigt werden können, fehlt bisher sowohl im klinischen Alltag als auch in der Forschung eine umfassende Berücksichtigung dieses Themenbereichs.

Dies ist möglicherweise folgender Konstellation geschuldet: Obwohl ein Schwangerschaftsverlust, zumindest einigen Autoren zufolge, in ähnlichem Ausmaß traumatisierend sein kann wie

sexueller Missbrauch oder Gewalterfahrungen (u.a. Kersting et al., 2011b), berichten die betroffenen Frauen unter anderem aufgrund von bestehenden Schuld- oder Schamgefühlen meist nicht aktiv von der entsprechenden Vorerfahrung. So bleibt diese Erfahrung, ebenso wie zurückliegende Schwangerschaftsabbrüche, welche ebenfalls oft schambesetzt sind, als potentiell aufklärender Faktor für die Entstehung oder Exazerbation einer psychischen Erkrankung häufig unberücksichtigt. Zudem bestehen bei den betroffenen Frauen häufig Bagatellisierungstendenzen, welche teilweise auf einschlägigen Rückmeldungen aus dem Umfeld fußen (z.B. „Das war ja noch gar kein Kind!“, „Probiert es doch einfach wieder.“, „Du bist ja noch jung!“).

Übergeordnet führt dies möglicherweise zu einer Vernachlässigung des Themenbereichs sowohl in der Ausbildung psychotherapeutischer Fachkräfte als auch innerhalb der Therapie und innerhalb des psychotherapeutisch-klinischen Forschungsgeschehens.

3 Zielsetzung

Weder Schwangerschaftsverluste und –abbrüche noch mögliche psychische Folgebelastungen sind eine Seltenheit. Es ist anzunehmen, dass auch Patientinnen in der stationären Psychosomatik davon betroffen sind. Dennoch gibt es bisher sehr wenige Untersuchungen zu geburtshilflichen Vorbelastungen und deren möglichen psychischen Auswirkungen bei Patientinnen, welche sich in stationärer Psychotherapie befinden. Primär handelt es sich dabei um Patientinnen, welche sich nicht vordergründig wegen ihrer geburtshilflichen Vorbelastung in die stationäre Therapie begeben haben.

Übergeordnetes Ziel der Untersuchung ist die Einschätzung und Überprüfung der Relevanz geburtshilflicher Vorbelastungen in Form von Schwangerschaftsverlusten und Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation sowie nach der Beratungsregelung für die psychotherapeutische Behandlung der betroffenen Patientinnen. Sollten sich diese geburtshilflichen Vorerfahrungen als für eine Psychotherapie relevant erweisen, sollen die Untersuchungsergebnisse zu einer entsprechenden Berücksichtigung dieses Themenbereichs beitragen.

Der Ablauf der Untersuchung gliedert sich in zwei Abschnitte:

A) Hypothesengenerierende Voruntersuchungen

- 1. Voruntersuchung: Patientinnenbefragung zur Sondierung des Feldes (stationäre Psychosomatik) und Überprüfung, ob umfassendere Untersuchungen gerechtfertigt sind (siehe Abschnitt 4.1., S. 59)
- 2. Voruntersuchung: Therapeutenbefragung zur Erfassung des Status Quo hinsichtlich der Einbeziehung geburtshilflicher Vorbelastungen in die psychotherapeutische Behandlung (siehe Abschnitt 4.2., S. 71)

B) Hauptuntersuchung

Patientinnenbefragung in der stationären Psychosomatik und Gegenüberstellung mit Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (rekrutiert über Berliner Frauenarztpraxen) sowohl mit als auch ohne geburtshilflichen Vorbelastungen zur Abbildung möglicher Unterschiede und Auffälligkeiten hinsichtlich der psychischen Verfassung sowie zur Herausarbeitung zugrunde liegender psychischer Prozesse (siehe Abschnitt 6, S. 78)

Die konkreten Ziele der einzelnen Untersuchungen können den folgenden Abschnitten entnommen werden.

4 Hypothesengenerierende Voruntersuchungen

4.1 Erste Voruntersuchung: Patientinnenbefragung in der stationären Psychosomatik (Fertl et al., 2010a)

4.1.1 Fragestellungen der ersten Voruntersuchung

Zur Sondierung des Feldes zielte die erste Voruntersuchung auf die Beantwortung folgender orientierender Fragen ab, die Abb. 9 zu entnehmen sind:

Frage 1: Wie groß ist der Anteil von Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung in einer medizinisch-psychosomatischen Klinik?
Frage 2: Sind die betroffenen Patientinnen durch ihre geburtshilfliche Vorgeschichte nach wie vor psychisch belastet beziehungsweise sehen sie subjektiv Zusammenhänge zwischen den Verlusterfahrungen und ihren aktuellen psychischen Beschwerden?
Frage 3: Gehen verschiedene Untergruppen von geburtshilflichen Vorbelastungen mit einem unterschiedlichen Ausmaß psychischer Belastung einher?
Frage 4: Inwiefern unterscheiden sich Frauen mit anhaltender psychischer Belastung durch den Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch von Frauen, bei denen keine psychische Belastung mehr besteht?

Abbildung 9: Fragestellungen der Vorstudie 1

4.1.2 Methode der ersten Voruntersuchung

4.1.2.1 Untersuchungsdesign

Eingeschlossen in die Erhebung wurden alle neu aufgenommenen Patientinnen der Klinik Roseneck (379 Betten; im Jahr 2007 insgesamt 2381 Patienten, davon 1602 weiblich), welche zwischen dem 06.08.2007 und dem 30.09.2007 anreisten. Ausgeschlossen wurden alle minderjährigen und anorektischen Patientinnen.

Alle Probandinnen wurden über die Hauspost um die Studienteilnahme gebeten. Neben der Aufklärung über die Untersuchung und der Erhebung soziodemographischer Angaben erfolgte der Einsatz verschiedener psychometrischer Fragebögen (siehe Abschnitt 4.1.2.2., S. 60).

Teilnehmerinnen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in Form von Schwangerschaftsverlusten (Fehl- oder Totgeburten) oder Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation oder nach der Beratungsregelung (n=21) wurden darüber hinaus zu einem circa 30-minütigen Interviewtermin eingeladen. Abb. 10 gibt einen Überblick über das gewählte Untersuchungsdesign.

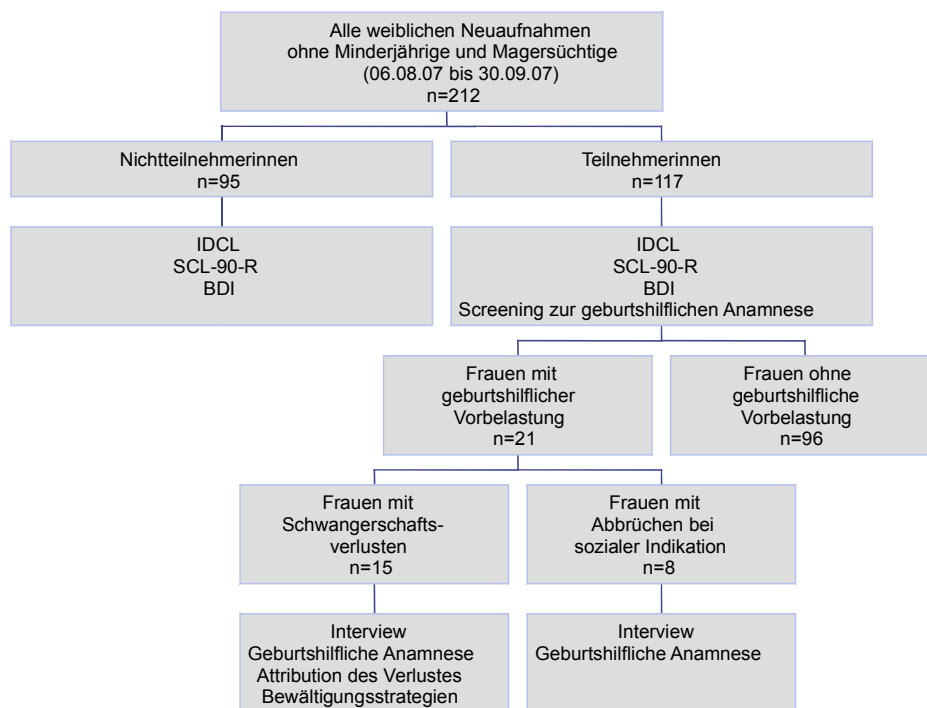


Abbildung 10: Untersuchungsdesign Vorstudie 1; Anmerkung: IDCL: Internationale Diagnose-Checklisten nach ICD 10; SCL-90-R: Symptom-Checklist-90-Revised; BDI: Beck Depressions-Inventar; Achtung: zwei der betroffenen Teilnehmerinnen wiesen sowohl einen Schwangerschaftsverlust als auch einen bzw. zwei Abbrüche nach der Beratungsregelung auf

4.1.2.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Die an die Patientinnen ausgehändigten Studienunterlagen setzten sich zusammen aus einer Patientinneninformation (siehe Anhang **A.1**), einer Einverständniserklärung (siehe Anhang **A.2**) sowie einem Screeningfragebogen zur geburtshilflichen Anamnese, welcher in Anlehnung an Rauchfuß et al. (1996) gestaltet wurde (siehe Anhang **A.3**). Alle Teilnehmerinnen füllten zusätzlich zu Beginn des Aufenthaltes das Beck-Depressionsinventar (BDI, Hautzinger et al., 1995) sowie die Symptom Checklist (SCL-90-R, Franke, 2002) aus. Von der SCL-90-R (Franke, 2002) gingen alle inhaltlichen Skalen (z.B. „Ängstlichkeit“, „Zwanghaftigkeit“, „Entfremdungserleben“) in die Auswertung ein.

Im Interview mit Teilnehmerinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung (Leitfaden siehe Anhang **A.4**) wurden zunächst bisherige somatische Erkrankungen erfragt, anschließend der Verlauf sowie der Ausgang bisheriger Schwangerschaften. Zum (letzten) Schwangerschaftsverlust wurden genauere Angaben, insbesondere zu Attributionsmustern und Bewältigungsstrategien, erhoben. Dabei kamen zwei Erhebungsinstrumente von Bergner et al. (2008) zum Einsatz (siehe auch Anhang **A.4**). Die Autoren entwickelten ein spezifisches Messinstrument zur Erfassung von Ursachenzuschreibungen nach Fehlgeburten. Das Verfahren wurde in mehreren Schritten

und an unterschiedlichen Stichproben von Frauen, welche wenige Wochen zuvor eine Fehlgeburt erlitten hatten, konstruiert und anschließend validiert. Aus Faktoranalysen der 21 sechsstufigen Items (Endpunkte: 1= „trifft überhaupt nicht zu“ und 6= „trifft ganz genau zu“) ergaben sich vier Faktoren, die verschiedenen Attributionsmustern entsprachen: „Merkmale der eigenen Person“ (4 Items), „Stress in der Schwangerschaft“ (4 Items), „Mangelnde ärztliche Betreuung“ (3 Items) und „Regulativ Natur“ (4 Items). Bergner et al. (2008) entwickelten darüber hinaus einen weiteren Fragebogen zur Erfassung von Bewältigungsstrategien nach einer Fehlgeburt. Die Entwicklung und Validierung des Verfahrens erfolgte analog zum oben beschriebenen Vorgehen. Die 26 sechsstufigen Items (Endpunkte: 1= „trifft überhaupt nicht zu“ und 6= „trifft ganz genau zu“) wurden zu folgenden vier Verarbeitungsmustern zusammengefasst: „Depressive Verarbeitung“ (5 Items), „Aktives, problemorientiertes Coping“ (5 Items), „Ablenkung und Selbstaufbau“ (7 Items) sowie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (4 Items).

Die Diagnostik der bei Aufnahme in die Psychosomatische Klinik vorliegenden psychischen Störungen wurde mittels klinischer Untersuchung und den Internationalen Diagnose-Checklisten (IDCL, Hiller et al., 1995) nach ICD-10 (WHO, 1999) vorgenommen. Die Diagnose wurde von einem weiteren Untersucher überprüft.

Neben der deskriptiven Datenauswertung wurden bei intervallskalierten Daten Mittelwertsvergleiche mittels T-Tests bzw. Varianzanalysen mit anschließenden Tukey-Tests (respektive Games-Howell-Tests falls keine Varianzhomogenität gegeben war) durchgeführt. Bei multiplen T-Tests wurde bei der Festlegung des jeweiligen Signifikanzniveaus die Bonferroni-Korrektur berücksichtigt. Bei nicht intervallskalierten Daten wurde auf nonparametrische Verfahren zurückgegriffen (Häufigkeitsvergleiche mit anschließendem Chi²-Test). Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS Version 11.5.

4.1.3 Ergebnisse der ersten Voruntersuchung

4.1.3.1 Rücklaufquote

117 der 212 kontaktierten Patientinnen erteilten ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung und reichten den ausgefüllten Screeningfragebogen ein. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 55.2%.

Die Daten der Nicht-Teilnehmerinnen wurden den Aufnahmebefunden der Patientinnen entnommen. Diese sind zwar hinsichtlich der soziodemographischen Angaben der Patientinnen valide. Sie liefern jedoch nicht zwingend vollständige Angaben zur geburtshilflichen Anamnese. Die Schätzung der bisherigen Verluste in der Gruppe der Nicht-Teilnehmerinnen ist als konservativ zu werten, da eine fehlende Angabe zur geburtshilflichen Anamnese als eine diesbezüglich un-

belastete Vorgeschichte gewertet wurde.

Zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen liegt kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Alters vor. Die Anteile derer, welche aktuell in einer Partnerschaft leben, welche Kinder haben, welche bereits schwanger waren und welche bereits einen Schwangerschaftsverlust erlitten haben, unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant beim Vergleich beider Gruppen von Frauen. Genauere Angaben sind Tab. 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen der Vorstudie 1 (geb VB: geburtshilfliche Vorbelastung)

Sozio-demographische Variablen	Teilnehmerinnen (n=117)		Nicht-Teilnehmerinnen (n=95)		Testgröße und Signifikanzniveau t bzw. Chi²	
Alter	M=42.38	SD=13.77	M=40.42	SD=14.74	t= 1.09	p=.276
Partnerschaft	ja: 66	nein: 51	ja: 58	nein: 37	Chi ² =0.47	p=.495
Kinder	ja: 53	nein: 64	ja: 46	nein: 49	Chi ² =0.21	p=.650
Schwangerschaft	ja: 60	nein: 57	ja: 46	nein: 49	Chi ² =0.17	p=.679
Geb VB	ja: 21	nein: 96	ja: 11	nein: 84	Chi ² =1.66	p=.198

4.1.3.2 Häufigkeiten verschiedener geburtshilflicher Vorbelastungen

Bei 17.9% der Teilnehmerinnen lag eine belastete geburtshilfliche Anamnese vor. 12.9% der Frauen hatten einen Schwangerschaftsverlust im weiteren Sinne (in der Stichprobe Fehlgeburt oder Abbruch bei medizinischer Indikation, keine der Probandinnen berichtet von einer Totgeburt) erlitten. 6.8% der Teilnehmerinnen berichteten von (mindestens) einem Abbruch nach der Beratungsregelung. Bei zwei der 117 teilnehmenden Frauen (1.7%) lagen sowohl ein Schwangerschaftsverlust als auch ein Abbruch beziehungsweise zwei Abbrüche nach der Beratungsregelung in der Vorgeschichte vor.

51.3% der Teilnehmerinnen waren bisher bereits mindestens einmal schwanger gewesen, während bei 48.7% bisher keine Schwangerschaft vorgelegen hat. Demnach lag bei 35.0% der Frauen, die bereits mindestens einmal schwanger gewesen waren, eine belastete geburtshilfliche Anamnese vor. 25.0% von ihnen haben bereits (mindestens) einen Schwangerschaftsverlust oder Abbruch bei medizinischer Indikation erlitten. 13.3% berichteten von (mindestens) einem Abbruch nach der Beratungsregelung. 3.3% haben bereits beides erlebt.

Insgesamt wurde in der Stichprobe von 132 Schwangerschaften berichtet. Im Durchschnitt hat-

ten die Teilnehmerinnen, welche gemittelt 42.4 Jahre alt waren ($SD=13.77$), 1.13 Kinder ($SD=1.37$). Insgesamt endeten 23.5% der Schwangerschaften nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes. 16% endeten in einem Schwangerschaftsverlust bzw. Abbruch bei medizinischer Indikation, 7.5% wurden nach der Beratungsregelung abgebrochen.

Die „glücklosen“ Schwangerschaften lagen im Durchschnitt 16.3 Jahre zurück (Range: 2 bis 37 Jahre). Schwangerschaftsverluste / Abbrüche bei medizinischer Indikation lagen im Durchschnitt 16.7 Jahre zurück (Range: 2 bis 37), Abbrüche nach der Beratungsregelung durchschnittlich 15.3 Jahre (Range: 4 bis 27). Die Gesamtheit der Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung hatte im Durchschnitt 1.5 Schwangerschaften, welche nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes endeten (Range: 1 bis 5). Die Frauen mit Schwangerschaftsverlusten / Abbrüchen bei medizinischer Indikation hatten im Durchschnitt 1.4 Verluste (Range: 1 bis 5), die Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung durchschnittlich 1.3 Abbrüche (Range: 1 bis 2). Die Schwangerschaftsverluste / Abbrüche bei medizinischer Indikation ereigneten sich im Durchschnitt in der 11. Schwangerschaftswoche ($M=11.56$, Range: 7. bis 22. SSW), die Abbrüche nach der Beratungsregelung durchschnittlich in der 9. Schwangerschaftswoche ($M=9.50$, Range: 6. bis 12. SSW).

4.1.3.3 Aktuelle psychische Belastung

Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung schätzten die aktuelle psychische Belastung durch die glücklose(n) Schwangerschaft(en) auf einer 7-stufigen Likert-Skala mit den Endpunkten 1= „Keine Belastung“ und 7= „Extreme Belastung“ im Mittel auf 3.57 ($SD=2.14$). Frauen mit Schwangerschaftsverlusten / Abbrüchen bei medizinischer Indikation ($N=15$) lagen im Durchschnitt bei 3.27 ($SD=2.05$). Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung ($N=8$) lagen im Mittel bei 4.33 ($SD=2.34$). Es bestand ein deutlicher numerischer Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dieser war möglicherweise aufgrund der kleinen Gruppengrößen statistisch nicht signifikant ($p=.310$).

33.3% der Betroffenen sahen subjektiv einen Zusammenhang zwischen der geburtshilflichen Vorbelastung und den aktuell bestehenden psychischen Problemen. Dieser Anteil galt sowohl für Frauen mit Schwangerschaftsverlusten / Abbrüchen bei medizinischer Indikation als auch für Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung.

Die in die Studie eingeschlossenen Teilnehmerinnen erhielten bei Aufnahme im Durchschnitt 2.42 psychiatrische Diagnosen ($SD=1.22$) gemäß ICD 10. Es erfolgte eine Gruppierung der diversen Diagnoseschlüssel zu sechs Störungsgruppen, welche Tab. 2 zu entnehmen sind.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Störungsgruppen (AN: Anorexia nervosa) und Häufigkeiten der F-Diagnosegruppen nach ICD-10 bei Frauen mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (Vorstudie 1) (geb VB: geburtshilfliche Vorbelastung)

Störungsgruppen	ICD-10-Schlüssel	Frauen mit geb VB (n=21)	Frauen ohne geb VB (n=96)	Testgröße und Signifikanzniveau Chi ²
Depression	F32.x, F33.x, F34.1	18 (85.7%)	82 (85.4%)	Chi ² =0.00 p=.972
Angst	F40.x, F41.x	9 (42.9%)	27 (28.1%)	Chi ² =1.76 p=.185
Zwang	F42.x	0 (0.0%)	6 (6.3%)	Chi ² =1.38 p=.240
PTSD, ASD	F43.x	3 (14.3%)	8 (8.3%)	Chi ² =0.72 p=.397
Somatoforme Störungen	F45.x	10 (47.6%)	20 (20.8%)	Chi ² =6.48 p=.011
Essstörungen (ohne AN)	F50.x ohne F50.0	7 (33.3%)	39 (40.6%)	Chi ² =0.38 p=.535

Tab. 2 ist ebenfalls zu entnehmen, wie viele Frauen mit Vorbelastung und wie viele ohne Vorbelastung Störungen aus den verschiedenen Diagnosegruppen aufwiesen (Zuordnung anhand der Erstdiagnose). Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung unterschieden sich im Allgemeinen nicht hinsichtlich des Aufnahmegrundes von Frauen ohne geburtshilfliche Vorbelastung. Der einzige signifikante Unterschied lag darin, dass Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese häufiger mit einer somatoformen Störung in die stationäre Behandlung kamen als Frauen ohne entsprechende Vorbelastung.

Der mittlere BDI-Wert aller Teilnehmerinnen lag bei Aufnahme in die Klinik bei 23.91 (SD=9.79). Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung lagen im Durchschnitt bei 28.00 Punkten (SD=11.68), während Frauen ohne diesbezügliche Vorbelastung im Mittel bei 23.03 Punkten lagen (SD=9.17). Der durchschnittliche Unterschied von fünf Punkten erwies sich bei gegebener Varianzhomogenität im t-Test bei Berücksichtigung des Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveaus ($\alpha=0.004$) als nicht signifikant ($t=2.09$, $p=.039$).

Die Unterschiede in den Ausprägungen der SCL-90-R-Skalen (in standardisierten T-Werten) zwischen Teilnehmerinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Teilnehmerinnen ohne entsprechende Vorbelastung sind Tab. 3 (S. 65) zu entnehmen. Keiner der vorliegenden Unterschiede kann verglichen mit dem Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha=0.004$ als signifikant bezeichnet werden.

Tabelle 3: Unterschiede in den Werten auf den SCL-90-R-Skalen (Standard-T-Werte) zwischen Frauen mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (geb VB) (Vorstudie 1) (α (korr. Bonferroni)=0.005)

SCL-90-R-Skalen	Frauen mit geb VB (n=21)	Frauen ohne geb VB (n=96)	Testgröße und Signifikanzniveau t	
„Somatisierung“	71.05	66.12	t=1.69	p=.093
„Zwanghaftigkeit“	70.14	67.37	t=0.99	p=.323
„Sozial unsicher“	68.19	67.33	t=0.30	p=.765
„Depressivität“	72.29	70.68	t=0.78	p=.456
„Ängstlichkeit“	69.86	64.91	t=2.01	p=.047
„Aggressiv, feindselig“	64.52	61.97	t=0.92	p=.357
„Phobische Angst“	64.48	62.02	t=0.78	p=.436
„Misstrauischer Denkstil“	68.38	64.34	t=1.44	p=.154
„Entfremdungserleben“	66.62	63.73	t=1.21	p=.229

4.1.3.4 Attributionsmuster

Hinsichtlich der eingesetzten Attributionsmuster nach einem Schwangerschaftsverlust wurden Vergleiche zwischen den hier untersuchten Patientinnen mit Teilnehmerinnen der Studie von Bergner et al. (2008) vorgenommen. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung an 342 Frauen (Befragung wenige Wochen nach der Fehlgeburt, Rekrutierung über Berliner Frauenkliniken) sind in Tab. 4 neben den Ergebnissen der vorliegenden Studie dargestellt.

Tabelle 4: Mittelwerte auf den Attributionsskalen: Frauen aus der Allgemeinbevölkerung wenige Wochen nach einer Fehlgeburt versus Teilnehmerinnen der Vorstudie 1

Attributionsskalen	Studie von Bergner (2007) (n=342)		Vorstudie 1 (n=15)	
„Merkmale der eigenen Person“	M=2.24	SD=1.30	M=2.29	SD=1.39
„Stress in der Schwangerschaft“	M=2.98	SD=1.45	M=2.29	SD=1.64
„Mangelnde ärztliche Betreuung“	M=1.52	SD=1.00	M=1.56	SD=1.45
„Regulativ Natur“	M=4.19	SD=1.18	M=3.17	SD=1.38

Demnach war die Rangfolge der eingesetzten Attributionsmuster bei stationären Patientinnen in der Psychosomatik, bei denen die Schwangerschaftsverluste im Durchschnitt 16.7 Jahre zurücklagen, identisch mit der Rangfolge bei Frauen mit relativ kurz zurückliegenden Fehlgeburten in der Allgemeinbevölkerung. Auch in der vorliegenden Stichprobe wurde am stärksten auf das „Regulativ Natur“ attribuiert, allerdings weniger ausgeprägt als bei Bergner et al. (2008).

4.1.3.5 Bewältigungsstrategien

Bezogen auf die eingesetzten Bewältigungsstrategien wurden ebenfalls Vergleiche zwischen den beiden Stichproben gezogen. In Tab. 5 werden die Skalenmittelwerte für die oben beschriebene Stichprobe von Bergner et al. (2008) neben den Skalenmittelwerten der Teilnehmerinnen der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

Während die betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung bei Bergner et al. (2008), die wenige Wochen nach dem Verlust befragt wurden, bevorzugt die Strategien „Aktives, problemorientiertes Coping“ und „Ablenkung und Selbstaufbau“ einsetzen, berichteten die Patientinnen in der stationären psychosomatischen Versorgung, deren Verlustereignis im Durchschnitt circa 16 Jahre zurücklag, vermehrt von „Depressiver Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Nimmt man die Standardabweichung als Hinweis für Mittelwertsunterschiede, ergibt sich für die Skala „Ablenkung und Selbstaufbau“ ein besonders deutlicher Unterschied.

Tabelle 5: Mittelwerte auf den Verarbeitungsskalen: Frauen aus der Allgemeinbevölkerung wenige Wochen nach einer Fehlgeburt versus Teilnehmerinnen der Vorstudie 1

Verarbeitungsskalen	Studie von Bergner (2007) (n=342)		Vorstudie 1 (n=15)	
„Depressive Verarbeitung“	M=2.48	SD=1.03	M=3.37	SD=1.74
„Aktives, problemorientiertes Coping“	M=3.47	SD=1.14	M=2.58	SD=1.77
„Ablenkung & Selbstaufbau“	M=3.55	SD=1.01	M=2.30	SD=0.96
„Bagatellisierung & Wunschdenken“	M=2.34	SD=1.20	M=3.31	SD=1.48

4.1.3.6 Schwangerschaftsverluste vs. Abbrüche nach der Beratungsregelung

Zur differenzierteren Untersuchung der Probandinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung wurden diese unterteilt in Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. Abbrüchen bei medizinischer Indikation versus Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung. Die vorge-

fundenen Unterschiede im BDI und auf den SCL-90-R-Skalen können Tab. 6 entnommen werden.

Frauen mit zurückliegenden Abbrüchen nach der Beratungsregelung haben bei Aufnahme in die psychosomatische Klinik im Durchschnitt um acht Punkte höhere BDI-Werte ($M=33.50$) als Frauen mit Schwangerschaftsverlusten ($M=25.64$) und um gut zehn Punkte höhere Werte als Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung ($M=23.03$). Auch auf allen Skalen der SCL-90-R liegen sie höher als die Frauen mit Verlusten. Sämtliche Unterschiede halten einer Signifikanzprüfung mittels des Bonferroni-korrigierten α -Niveaus jedoch nicht Stand.

Tabelle 6: Unterschiede zwischen Frauen mit Schwangerschaftsverlusten und Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung (Anmerkung: SCL-90-R-Werte in Standard-T-Werten, BDI-Werte: Maximalwert: 63) (α (korr. Bonferroni)=0.005)

Kriteriumsvariablen	Frauen mit Verlusten (n=15)	Frauen mit Abbrüchen (n=8)	Testgröße und Signifikanzniveau t	
BDI Summe	25.64	33.50	t=1.41	p=.174
SCL „Somatisierung“	70.47	72.50	t=0.39	p=.705
SCL „Zwanghaftigkeit“	68.00	75.50	t=1.19	p=.249
SCL „Sozial unsicher“	66.60	72.17	t=0.93	p=.366
SCL „Depressivität“	70.20	77.50	t=1.67	p=.031
SCL „Ängstlichkeit“	68.27	73.83	t=1.43	p=.168
SCL „Aggressiv, feindselig“	60.53	74.50	t=2.94	p=.008
SCL „Phobische Angst“	62.53	69.33	t=1.04	p=.312
SCL „Misstrauischer Denkstil“	66.27	73.67	t=1.47	p=.075
SCL „Entfremdungserleben“	64.33	72.33	t=1.73	p=.099

4.1.3.7 Frauen mit geburtshilflichen Vorbelastungen und anhaltender psychischer Belastung

Zur spezifischen Untersuchung von Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung und anhaltender psychischer Belastung wurde eine Unterteilung der gesamten Untersuchungsgruppe vorgenommen in „Frauen, welche nach wie vor unter dem Verlust bzw. dem Abbruch leiden“ (Gruppe 1) versus „Frauen, welche nicht (mehr) unter dem Verlust beziehungsweise Abbruch leiden“ (Grup-

pe 2). Gruppe 1 wurden die betroffenen Teilnehmerinnen zugeteilt, welche die aktuelle Belastung durch das Ereignis auf der siebenstufigen Likert-Skala mit 4 bis 7 einschätzten („Mittelmäßige Belastung“ bis „Extreme Belastung“), Gruppe 2 wurden diejenigen betroffenen Teilnehmerinnen zugeteilt, welche die aktuelle Belastung mit 1 bis 3 einschätzten („Keine Belastung“ bis „Leichte Belastung“). Gruppe 1 bestand aus neun Patientinnen (42.9%), Gruppe 2 aus zwölf Patientinnen (57.1%).

Zunächst wurde geprüft, ob zwischen den beiden Gruppen Unterschiede hinsichtlich verschiedener soziodemographischer Merkmale bestehen. Während nur 44.4% der Frauen mit anhaltender Belastung Kinder haben, liegt der Anteil der Frauen mit Kindern in der Gruppe der Frauen ohne anhaltende Belastung bei 83.3% ($\chi^2 = 3.50$, $p = .061$). Hinsichtlich der Anzahl der Kinder besteht ein signifikanter Unterschied: Frauen in der Gruppe mit aktueller Belastung haben im Durchschnitt 0.44 Kinder, während Frauen aus der Gruppe ohne aktuelle Belastung durchschnittlich 1.83 Kinder haben ($t = -3.44$, $p = .003$). Darüber hinaus sind die Frauen mit aktueller Belastung durchschnittlich zehn Jahre jünger als die Frauen ohne aktuelle Belastung ($M = 52.67$ vs. $M = 42.00$, $t = -2.26$, $p = .036$). Bei Frauen mit aktueller Belastung lagen die Ereignisse durchschnittlich 12.62 Jahre zurück, bei Frauen ohne aktuelle Belastung 20.21 Jahre ($t = -1.96$, $p = .065$). Kein signifikanter Unterschied bestand hinsichtlich der Variablen „Anzahl der Verluste / Abbrüche“ ($t = 1.11$, $p = .290$).

Demzufolge waren Frauen mit aktueller Belastung signifikant jünger und ihre geburtshilfliche Vorbelastung lag etwas kürzer zurück. Tendenziell gab es in ihren Reihen mehr Kinderlose und die numerische Kinderanzahl war signifikant geringer. Hinsichtlich der Anzahl der Schwangerschaftsverluste bzw. -abbrüche in der Vorgeschichte bestand kein Unterschied zu Frauen, welche diesbezüglich keine oder kaum (mehr) Belastung erlebten.

Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben wurden mögliche Unterschiede zwischen Frauen in Gruppe 1 und Gruppe 2 in verschiedenen Kriteriumsvariablen geprüft. Die Ergebnisse können Tabelle 7 (S. 69) entnommen werden.

Tabelle 7: Unterschiede zwischen betroffenen Frauen mit aktueller Belastung versus Frauen ohne aktuelle Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung (Anmerkung: SCL-90-R-Werte in Standard-T-Werten, BDI-Werte: Maximalwert: 63, Attribution / Verarbeitung: Range: 1 bis 6), (α (korr. Bonferroni)=0.003)

Kriteriumsvariablen	Frauen mit hoher Belastung (n=9)	Frauen mit keiner / niedriger Belastung (n=12)	Testgröße und Signifikanzniveau t	
Summe BDI	36.00	21.45	t=3.49	p=.003
SCL „Somatisierung“	76.00	67.33	t=1.96	p=.064
SCL „Zwanghaftigkeit“	76.89	65.08	t=2.45	p=.026
SCL „Sozial unsicher“	75.22	62.92	t=2.54	p=.020
SCL „Depressivität“	77.33	68.50	t=2.36	p=.029
SCL „Ängstlichkeit“	75.44	65.67	t=3.28	p=.004
SCL „Aggressiv, feindselig“	69.67	60.67	t=1.87	p=.076
SCL „Phobische Angst“	76.11	55.75	t=5.62	p=.001
SCL „Misstrauischer Denkstil“	70.78	66.58	t=0.88	p=.389
SCL „Entfremdungserleben“	73.56	61.42	t=3.39	p=.003
Attribution „Merkmale der eigenen Person“	3.50	1.43	t=3.82	p=.003
Attribution „Stress in der Schwangerschaft“	3.15	1.68	t=1.65	p=.130
Attribution „Mangelnde ärztliche Versorgung“	1.33	1.71	t=-0.43	p=.675
Attribution „Regulativ Natur“	2.60	3.57	t=-1.24	p=.245
Verarbeitung „Depressive Verarbeitung“	4.83	2.11	t=4.60	p=.001
Verarbeitung „Aktives, problemorientiertes Coping“	2.43	2.71	t=-0.27	p=.789
Verarbeitung „Ablenkung und Selbstaufbau“	2.64	2.00	t=1.23	p=.243
Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“	4.25	2.50	t=2.59	p=.025

Die betroffenen Frauen, welche sich aktuell noch durch den Schwangerschaftsverlust bzw. Abbruch belastet fühlten, unterschieden sich von jenen, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung

keine oder lediglich eine leichte akute Belastung angaben, in einigen Aspekten: Sie wiesen einen deutlich höheren BDI-Wert auf ($M=36.00$ vs. $M=21.45$, $t=3.49$, $p=.003$) und sie hatten auf allen SCL-90-R-Skalen höhere Werte. Signifikant höher lagen sie auf den Skalen „Phobische Angst“ ($t=5.62$, $p=.001$) und „Entfremdungserleben“ ($t=3.39$, $p=.003$).

Den (letzten) Schwangerschaftsverlust attribuierten sie signifikant häufiger auf „Merkmale der eigenen Person“ ($t=3.82$, $p=.003$). Zusätzlich berichteten sie in der Rückschau signifikant häufiger vom Einsatz der als dysfunktional anzusehenden Verarbeitungsstrategie „Depressive Verarbeitung“ ($t=4.60$, $p=.001$).

Die Frauen, welche sich als nach wie vor durch den Verlust bzw. Abbruch belastet einschätzten, gaben darüber hinaus fast ausnahmslos an, subjektiv einen Zusammenhang zwischen der geburtshilflichen Vorbelastung und den aktuellen psychischen Beschwerden zu sehen. Das heißt, es besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen den Kriteriumsfragen „Wie sehr fühlen Sie sich durch die damalige Verlusterfahrung aktuell belastet?“ beziehungsweise „Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Verlust und Ihren aktuellen psychischen Beschwerden?“ und den Angaben im BDI, in der SCL-90-R sowie bei den Fragen zu Bewältigung und Attribution.

4.1.4 Zusammenfassung der ersten Voruntersuchung

16% der Schwangerschaften von den 117 befragten Patientinnen in der stationären psychosomatischen Versorgung endeten mit einem Schwangerschaftsverlust bzw. Abbruch bei medizinischer Indikation. Diese Quote ist gegenüber der von Frauen aus der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht. 13% der Patientinnen hatten vor ihrem stationären Aufenthalt in der psychosomatischen Klinik bereits (mindestens) einen Schwangerschaftsverlust bzw. Abbruch bei medizinischer Indikation erlitten. 7% der Patientinnen berichteten von (mindestens) einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung. Auch diesbezüglich liegt demnach keine gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Auftretenshäufigkeit vor.

Insgesamt wiesen 18% der Patientinnen in der stationären psychosomatischen Versorgung eine geburtshilfliche Vorbelastung auf. Damit war knapp jede Fünfte der Patientinnen davon betroffen. Obwohl die Verluste beziehungsweise Abbrüche im Schnitt bereits gut 16 Jahre zurücklagen, sah ein Drittel der Betroffenen subjektiv einen Zusammenhang zu den aktuellen psychischen Beschwerden, welche zum Klinikaufenthalt führten. Die aktuelle Belastung durch Schwangerschaftsverluste wurde auch nach durchschnittlich 16 Jahren im Mittel noch mit circa 3.5 auf einer Skala von 1 bis 7 eingestuft. Frauen mit Abbrüchen bei sozialer Indikation schätzten die aktuelle Belastung im Durchschnitt bei 4.3 ein.

Patientinnen in der stationären Psychosomatik mit geburtshilflicher Vorbelastung unterschieden sich hinsichtlich der Auftretenshäufigkeiten von depressiven Störungen, Angst- und Zwangsstö-

rungen, Belastungsstörungen und Essstörungen (ohne Anorexia nervosa) nicht von den Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung. Aufgrund des Fehlens einer entsprechenden, klar definierten und trennscharfen ICD-10-Diagnose konnten zur komplizierten Trauer keine Angaben gemacht werden. Unter den Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung waren jedoch Diagnosen aus der Kategorie der somatoformen Störungen signifikant häufiger vorzufinden als unter den Patientinnen in der Vergleichsgruppe.

Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung kamen mit tendenziell höheren Depressionswerten zur Aufnahme. Dieser Unterschied erwies sich jedoch als statistisch nicht signifikant.

Bezüglich der Bewältigungsmuster wurde deutlich, dass die betroffenen Patientinnen vor allem die Strategien „Depressive Verarbeitung“ sowie „Bagatellisierung und Wunschdenken“ einsetzten.

Patientinnen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung wiesen BDI-Werte auf, welche im Durchschnitt gut 10 Punkte höher lagen als die von Frauen ohne geburtshilfliche Belastung. Dagegen unterschieden sich Patientinnen mit Schwangerschaftsverlusten in ihren Depressionswerten kaum von denen ohne Vorbelastung. Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung schienen diesbezüglich belasteter, jedoch nicht in einem statistisch signifikanten Ausmaß.

Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen, welche die aktuelle psychische Belastung durch die geburtshilfliche Problematik nach wie vor als eher hoch einschätzten (42.9%), unterschieden sich hinsichtlich einiger psychometrischer Charakteristika signifikant von denen, bei welchen subjektiv keine entsprechende Belastung (mehr) vorhanden war. Sie gaben an, das Ereignis insbesondere auf „Merkmale der eigenen Person“ zu attribuieren. Zusätzlich beschrieben sie in der Rückschau verstärkt den Einsatz der dysfunktionalen Bewältigungsstrategie „Depressive Verarbeitung“. Diese Gruppe von Frauen wies bei Aufnahme in die Klinik annähernd maximale BDI-Werte auf und die Ausprägungen auf den SCL-90-R-Skalen „Phobische Angst“ und „Entfremdungserleben“ waren ebenfalls auffällig.

4.2 Zweite Voruntersuchung: Therapeutenbefragung (Fertl et al., 2010b)

4.2.1 Ziel der zweiten Voruntersuchung

Ziel der Untersuchung war die Abbildung subjektiver Einschätzungen psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten zur Häufigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen unter ihren Patientinnen sowie zum Ausmaß der Bedeutung dieser Vorbelastungen für die aktuelle Psychotherapie sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting.

4.2.2 Methode der zweiten Voruntersuchung

Befragt wurden 80 in einer psychosomatischen Akutklinik tätige Psychologen und Ärzte sowie ebenfalls 80 psychotherapeutisch tätige niedergelassene Ärzte und Psychologen. Unter den befragten Niedergelassenen befanden sich auch einige Fachärzte für Gynäkologie mit psychotherapeutischer Weiterbildung. Genauere Angaben zur Stichprobe sowie zur Rücklaufquote können Tab. 8 entnommen werden.

Tabelle 8: Angaben zu den befragten Therapeuten (Vorstudie 2)

Angaben	Therapeuten gesamt n=94	Therapeuten ambulant n=38	Therapeuten stationär n=56
Rücklaufquote	58.8%	47.5%	70.0%
Altersdurchschnitt Therapeuten	M=40.6 SD=11.12	M=50.4 SD=7.93	M=33.3 SD=6.50
Anteil weibliche Therapeuten	74.7%	80.0%	70.8%
Anteil Psychologen / Psychologinnen	63.6%	40.0%	78.8%
Geschätzter Anteil weiblicher Patientinnen	72.6%	72.6%	72.7%

Der eingesetzte Fragebogen wurde in Anlehnung an den von Rauchfuß et al. (1996) konstruierten Patientinnenfragebogen gestaltet. Er erfasst neben Angaben zur eigenen Person subjektive Einschätzungen zur Häufigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen unter den Patientinnen, zum Ausmaß damit verbundener, aktuell anhaltender psychischer Belastung, zum eigenen Frageverhalten in der Anamneseerhebung sowie zu Faktoren, welche möglicherweise zur Herausbildung anhaltender psychischer Folgeerscheinungen bei den betroffenen Patientinnen führen könnten (siehe Anhang **B.1**).

Die Befragung der stationär tätigen Therapeuten erfolgte über die klinikinternen Kommunikationsstrukturen, die der Niedergelassenen über den Postweg. Die Datenauswertung wurde mit SPSS 11.5 über nonparametrische Verfahren vorgenommen.

4.2.3 Ergebnisse der zweiten Voruntersuchung

4.2.3.1 Einschätzungen und Angaben aller befragten Therapeuten

Gemittelt über alle befragten Therapeuten wird der Anteil der Patientinnen, welche eine geburts-
hilfliche Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen aufweisen, auf
23.0% (sd=22.97) geschätzt. Die Aufteilung auf verschiedene Arten von geburtshilflichen Vorbe-
lastungen wird im Durchschnitt wie folgt vorgenommen: 53.6% Schwangerschaftsverluste
(sd=28.61), 36.9% Abbrüche nach der Beratungsregelung (sd=28.21) und 9.6% Abbrüche bei
medizinischer Indikation (sd=11.88). Die Therapeuten vermuten, dass die Ereignisse durch-
schnittlich 11.4 Jahre (sd=7.67) zurückliegen. Es wird angenommen, dass zum Zeitpunkt der
Durchführung der Psychotherapie 40.0% (sd=31.81) der betroffenen Frauen nach wie vor da-
durch psychisch belastet sind. Das Ausmaß der geschätzten aktuellen psychischen Belastung
wird auf einer 7-stufigen Likert-Skala (1=Gar nicht, 7=Extrem) mit durchschnittlich 3.6 Punkten
(sd=1.29) angegeben.

54.3% der Therapeuten (n=51) fragen ihre Patientinnen explizit nach geburtshilflichen Vorbelas-
tungen, während dies 45.7% (n=43) unterlassen.

Die offenen Angaben zur Begründung des Erfragens bzw. Nicht-Erfragens wurden von zwei un-
abhängigen Untersuchern zu Kategorien zusammengefasst. Begründungen für das Erfragen
von geburtshilflichen Vorbelastungen wurden den Kategorien „Bestandteil der Anamnese“
(52.3% der Angaben), „Belastendes Lebensereignis“ (36.4%) und „Sonstiges“ (11.4%) zugeord-
net. Gründe dafür, geburtshilfliche Vorbelastungen nicht explizit zu erfragen, wurden zusam-
mengefasst zu den Kategorien „Annahme von Selbstbericht“ (44.2%), „Mangelnde Relevanz“
(34.9%) und „Sonstiges“ (20.9%) (siehe auch Abb. 11, S. 74).

Bei der Frage nach Faktoren, welche nach Einschätzung der Therapeuten für die Entwicklung
von anhaltenden psychischen Belastungen relevant sein könnten, wurden folgende Aspekte am
häufigsten genannt: Ausmaß der Fähigkeit, den Verlust zu betrauern (86.8%), Persönlichkeit
der Betroffenen (81.3%), Art des Verlustes (73.6%), Schwangerschaftswoche beim Verlust
(72.5%), Ausmaß des Kinderwunsches der Betroffenen (71.4%), Ausmaß von Schuldgefühlen
(71.4%).

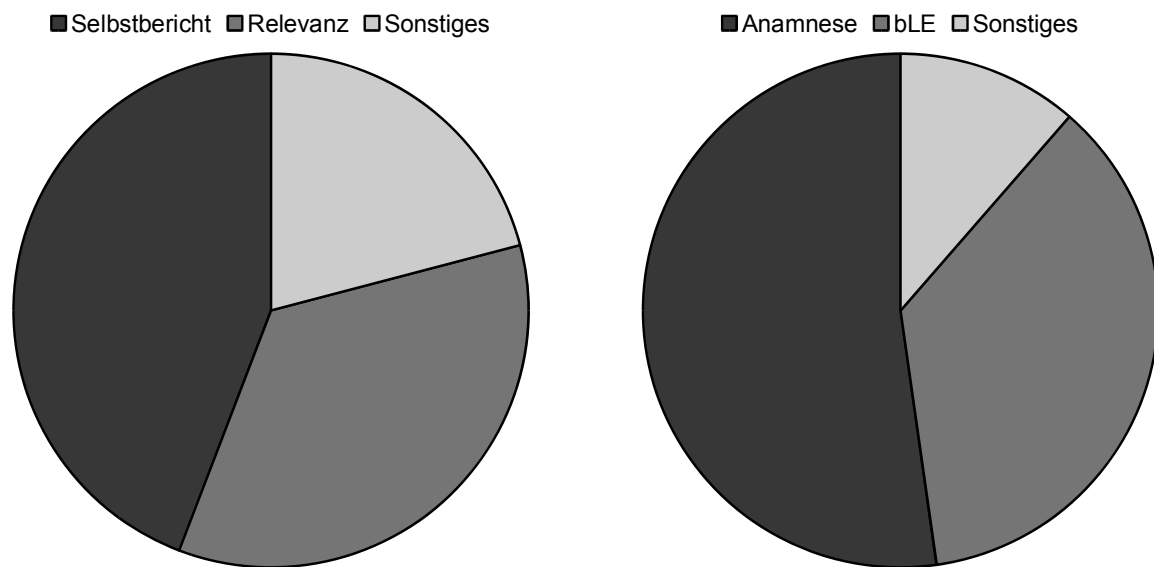


Abbildung 11: Gründe für und gegen das explizite Erfragen der geburtshilflichen Vorbelastung (bLE: belastendes Lebensereignis) (Vorstudie 2)

4.2.3.2 Unterschiede zwischen ambulanten und stationären TherapeutInnen

Bei der Gegenüberstellung der Angaben von ambulanten und stationären Psychotherapeuten wurden einige signifikante Unterschiede festgestellt. Zusätzlich wurden die Daten der zurückliegenden Patientinnenbefragung (Vorstudie 1, Fertl et al., 2010a) mit den Angaben der stationär tätigen Therapeuten verglichen.

Während ambulante Therapeuten den Anteil ihrer Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung auf 37.6% (sd=23.23) schätzen, gehen die stationären Therapeuten durchschnittlich von 13.5% aus (sd=17.14, $U=321.5$, $p<0.001$). In der stationären Patientinnenbefragung wurde ein Anteil von 17.9% gefunden. Ambulante Therapeuten vermuten, dass die geburtshilflichen Vorbelastungen ihrer Patientinnen im Mittel 7.3 Jahre (sd=4.91) zurückliegen, diejenigen im stationären Setting gehen von 14.0 Jahren (sd=8.01) aus ($U=334.5$, $p<0.001$). Die Verluste und Abbrüche der stationären Patientinnen lagen durchschnittlich 16.3 Jahre zurück. Der Anteil der nach wie vor dadurch psychisch belasteten Betroffenen wird im ambulanten Setting auf 52.3% (sd=28.30) geschätzt, im stationären Setting auf 32.7% (sd=31.76) ($U=473.0$, $p=0.004$). Bei den befragten stationären Patientinnen lag der Anteil bei 42.9%. Hinsichtlich des Ausmaßes der aktuellen psychischen Belastung durch die geburtshilfliche Vorerfahrung (7-stufige Likert-Skala) steht der gemittelten Schätzung von 4.1 Punkten (sd=1.73) aus dem ambulanten Bereich ein Punktwert von 3.3 (sd=1.16) von den stationär tätigen Therapeuten gegenüber ($U=576.0$, $p=0.013$). Die Patientinnenbefragung ergab eine gemittelte Belastung von 3.6 Punkten.

Im ambulanten Setting erfragen 78.9% der Therapeuten die geburtshilfliche Vorbelastung, wäh-

rend dies stationär nur 37.5% tun ($\chi^2=15.67$, $p<0.001$).

4.2.3.3 Unterschiede zwischen ärztlichen und psychologischen Therapeuten

Ärztliche Psychotherapeuten vermuten unter ihren Patientinnen 28.4% ($sd=25.45$) mit geburtshilflicher Vorbelastung, während psychologische Psychotherapeuten von 15.9% ($sd=16.35$) ausgehen ($U=461.0$, $p=0.022$). Ärzte schätzen, dass die Ereignisse durchschnittlich 11.1 Jahre ($sd=13.11$) zurückliegen, Psychologen 12.3 Jahre ($sd=7.96$) ($U=426.0$, $p=0.788$). Die Mediziner schätzen den Anteil der nach wie vor dadurch psychisch Belasteten auf 46.0% ($sd=27.81$), Psychologen auf 34.0% ($sd=33.62$) ($U=363.5$, $p=0.080$). Das Ausmaß der aktuellen psychischen Belastung stufen die Ärzte im Mittel bei 3.64 Punkten ($sd=1.25$) ein, Psychologen bei 3.42 ($sd=1.30$) ($U=495.0$, $p=0.578$).

82.1% der ärztlichen Psychotherapeuten und 36.7% der Psychologen erfragen geburtshilfliche Vorbelastungen ($\chi^2=14.79$, $p<0.001$).

4.2.4 Zusammenfassung der zweiten Voruntersuchung

Insgesamt erfragt die Hälfte der Therapeuten explizit geburtshilfliche Vorerfahrungen, während es die andere Hälfte nicht tut. Vermutlich erklärt dieser Unterschied einen Teil der breiten Streuungen der Schätzungen.

Einige nicht fragende Therapeuten vermuten eine mangelnde Relevanz für die aktuelle Psychotherapie. Andere Therapeuten gehen davon aus, dass die betroffenen Frauen aktuell relevante geburtshilfliche Vorbelastungen von selbst ansprechen.

In der stationären Psychosomatik tätige Ärzte und Psychologen schenken möglichen geburtshilflichen Vorbelastungen ihrer Patientinnen weniger Aufmerksamkeit als ihre ambulant psychotherapeutisch tätigen Kollegen.

Psychologische Psychotherapeuten beachten eventuelle geburtshilfliche Vorbelastungen ihrer Patientinnen in einem deutlich geringeren Ausmaß als ihre ärztlichen, psychotherapeutisch tätigen Kollegen.

5 Ableitung der Hypothesen

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Patientinnenbefragung innerhalb der ersten Voruntersuchung ist die Durchführung einer umfassenderen Patientinnenbefragung im psychosomatischen Setting gerechtfertigt.

Dabei empfiehlt sich die Berücksichtigung folgender Aspekte:

In bisherigen Untersuchungen erfolgte häufig eine Konzentration auf Frauen mit Schwangerschaftsverlusten. In der vorliegenden Vorstudie konnte gezeigt werden, dass auch Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung von anhaltenden psychischen Folgeerscheinungen betroffen sein können. Eine explizite Einbeziehung dieser Frauen sollte angestrebt werden. Darüber hinaus sollte eine Fokussierung auf Unterschiede zwischen Frauen, welche nach wie vor eine Belastung erleben und Frauen ohne aktuelle Belastung stattfinden. Aufbauend auf weiteren Untersuchungen sollte ein sich daraus möglicherweise ergebender Behandlungsbedarf innerhalb des stationären Aufenthalts abgeleitet werden.

Die Ergebnisse der Therapeutenbefragung im Rahmen der zweiten Voruntersuchung unterstreichen die Wichtigkeit der Gewinnung weiterer, expliziter Informationen sowie einer darauf aufbauenden Sensibilisierung, vermutlich insbesondere von psychologischen Psychotherapeuten, welche im Rahmen ihrer Ausbildung kaum mit geburtshilflichen Themen in Berührung kommen.

Aufbauend auf der Literatursichtung und den vorliegenden Ergebnissen aus den Vorstudien wurden für die geplante Hauptuntersuchung folgende Hypothesen abgeleitet:

1. Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung sind psychisch belasteter als Frauen aus der Allgemeinbevölkerung ohne geburtshilfliche Vorbelastung.

Bei Sichtung der bisherigen Forschungslage ist anzunehmen, dass Frauen direkt nach Schwangerschaftsverlusten und Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung zumindest vorübergehend psychische Beeinträchtigungen erleben (siehe Abschnitte 2.2.2.1., S. 25 und 2.2.2.2., S. 40). Für mögliche psychische Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung ist die Sachlage unklarer (siehe Abschnitt 2.2.2.3., S. 44). Ob psychische Auffälligkeiten auch auf längere Sicht bestehen, soll mit der vorliegenden Arbeit geklärt werden.

2. Patientinnen in einer psychosomatischen Klinik mit geburtshilflicher Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen sind psychisch belasteter als Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung (höhere Depressionswerte, höhere allgemeine Belastungswerte).

Die Ergebnisse von Vorstudie 1 legen nahe, dass zumindest eine Untergruppe der stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung einige psychischen Beson-

derheiten aufweist (siehe Abschnitt 4.1.3., S. 61). Innerhalb der Hauptuntersuchung soll das Vorliegen von eventuellen Besonderheiten an einer größeren Stichprobe überprüft und mit einer umfassenderen Fragebogenbatterie präzisiert werden.

3. Patientinnen in einer psychosomatischen Klinik mit geburtshilflicher Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen sind psychisch belasteter als Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit ebenso lange zurückliegender geburtshilflicher Vorbelastung (allgemeine und spezifische Variablen).

Es ist anzunehmen, dass Frauen, welche sich in stationär psychosomatischer Behandlung befinden, eine akute emotionale Belastung aufweisen, welche sie von Frauen aus der Allgemeinbevölkerung abhebt. Demnach müsste das allgemeine psychische Befinden von geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen schlechter ausfallen als das von ebenfalls betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung.

Die Ergebnisse der Vorstudie 1 legen beim Vergleich mit Ergebnissen von Bergner (2007) nahe, dass sich diese beiden Frauengruppen auch in spezifischen Variablen im Umgang mit der geburtshilflichen Vorbelastung voneinander unterscheiden und die stationär psychosomatischen Betroffenen mehr dysfunktionale Reaktionen aufweisen (siehe Abschnitt 4.1.3., S. 61).

4. Das Ausmaß der psychischen Belastungen (allgemeine Belastungswerte, Depression und posttraumatische Symptomatik) der betroffenen Patientinnen ist abhängig ...
 - a. vom Alter der Frau zum Zeitpunkt der (schwierigsten) Vorbelastung.
 - b. von der Zeitdauer, die seit dem Verlust / Abbruch vergangen ist.
 - c. von der Anzahl der zurückliegenden Vorbelastungen.
 - d. von der Schwangerschaftswoche, in welcher sich der Verlust / Abbruch ereignete.
 - e. von der Art der geburtshilflichen Vorbelastung.
 - f. bei Schwangerschaftsverlusten zusätzlich von den erinnerten Attributionsmustern.
 - g. von den erinnerten Verarbeitungsstrategien.
 - h. von den erinnerten Trauersymptomen im ersten Jahr nach dem Ereignis.

Wie an verschiedenen Stellen im Theorieteil dieser Arbeit dargelegt, wurden in der Literatur insbesondere soziodemographische und geburtshilfliche Faktoren wiederholt hinsichtlich ihres Einflusses bei der Entstehung von psychischen Auffälligkeiten nach Schwangerschaftsverlusten und -abbrüchen diskutiert. Bisher zeichnete sich diesbezüglich kein klares Bild ab. Psychische Faktoren wie Attributionsmuster und Bewältigungsstrategien fanden bis jetzt weniger Beachtung und sollen in der vorliegenden Arbeit einbezogen werden.

6 Hauptuntersuchung

6.1 Methode der Hauptuntersuchung

6.1.1 Untersuchungsdesign

Die Hauptstudie wurde ambulant in verschiedenen Frauenarztpraxen sowie stationär in einer großen Psychosomatischen Klinik durchgeführt. Eine Übersicht über das Studiendesign der Hauptuntersuchung kann Abb. 12 entnommen werden.

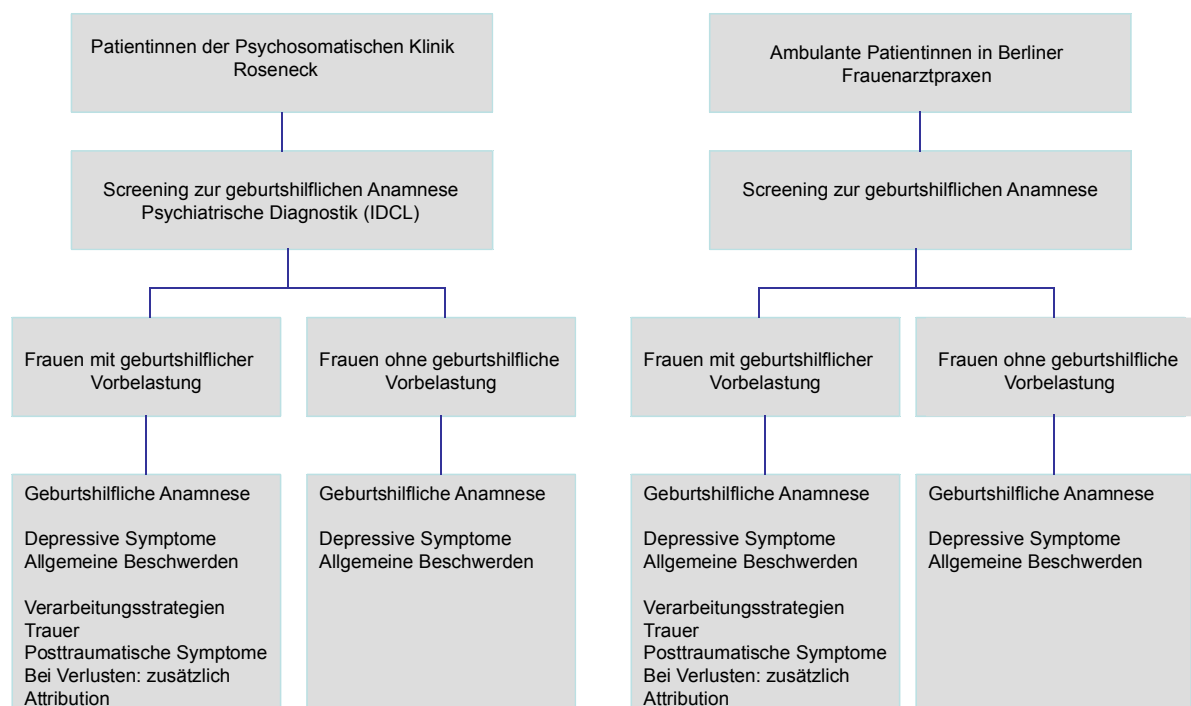


Abbildung 12: Untersuchungsdesign Hauptstudie, Anmerkung: IDCL: Internationale Diagnose-Checklisten nach ICD 10 (Hiller et al., 1995)

Die Erhebung im stationären Setting wurde wie folgt durchgeführt:

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung waren Minderjährigkeit, das Bestehen einer Anorexie oder einer Schwangerschaft sowie mangelnde Sprachkompetenz. Ebenso wurden Patientinnen nicht in die Untersuchung aufgenommen, die zeitnah nach der Aufnahme wieder abreisten, bzw. die während des Untersuchungszeitraumes bereits zum wiederholten Male, z.B. im Rahmen einer Intervallbehandlung, aufgenommen wurden. Des Weiteren hatten die jeweils zuständigen Bezugstherapeuten die Möglichkeit, bei zu schlechter psychischer Ver-

fassung und zu starker Instabilität der neu aufgenommenen Patientin die Befragung zu unterbinden.

Abgesehen davon wurden alle weiblichen Neuaufnahmen der Klinik Roseneck, welche zwischen dem 01.04.2009 und dem 31.12.2009 in die Klinik kamen, um ihre Teilnahme an der Untersuchung gebeten.

Die Bitte um Teilnahme erfolgte im Rahmen des Aufnahmegesprächs durch den zuständigen Bezugstherapeuten, welcher der Patientin Informationsmaterial (siehe Anhang **C.1a**), ein Formular zur Einwilligungserklärung (siehe Anhang **C.2**) sowie einen Screeningfragebogen zur Soziodemographie sowie mit der Frage nach möglichen geburtshilflichen Vorbelastungen (siehe Anhang **C.3a**) aushändigte. Die Patientinnen wurden gebeten, die Einwilligungserklärung und den Screeningfragebogen in einem verschlossenen Umschlag innerhalb von drei Tagen auf ihrer Station abzugeben.

Die Ergebnisse zur Diagnostik psychischer Störungen durch zwei unabhängige Untersucher konnten der klinikinternen computerbasierten Dokumentation entnommen werden.

Teilnehmerinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung erhielten nach Sichtung des Screeningfragebogens über den hausinternen Postweg die für sie relevanten Fragebogenunterlagen. Denjenigen mit geburtshilflicher Vorbelastung wurde ebenfalls per Hauspost eine Einladung zu einem persönlichen Interviewtermin zugestellt, bei welchem die genaue Erfassung der geburtshilflichen Vorbelastungen erfolgte. Weiterhin wurde ihnen bei diesem Termin die für sie relevante Fragebogenbatterie ausgehändigt mit der Bitte, diese innerhalb einer Woche ausgefüllt in einem verschlossenen Umschlag auf ihrer Station zurück zu geben. Eine wichtige Instruktion für multipel vorbelastete Frauen lautete dabei, sich bei der Beantwortung des Hauptfragebogens auf diejenige geburtshilfliche Vorbelastung zu beziehen, welche nach eigener Einschätzung psychisch am schwierigsten zu bewältigen war.

Beim Auftreten akuter Belastungszustände durch die Beschäftigung mit der geburtshilflichen Vorbelastung hatten die betroffenen Patientinnen rund um die Uhr Gelegenheit zu Krisengesprächen. Bei Bedarf konnte nach Rücksprache mit dem Bezugstherapeuten zusätzlich ein weiterer Gesprächstermin mit der Studienleiterin vereinbart werden. Ein entsprechendes Gespräch wurde nach der Datenerhebung mit zwei Patientinnen durchgeführt. Eine anschließende Rückmeldung an den zuständigen Bezugstherapeuten ist zeitnah erfolgt.

Die ambulante Erhebung gestaltete sich wie folgt:

Die Datenerhebung erfolgte in 13 verschiedenen Berliner Frauenarztpraxen durch sechs vorher durch die Studienleiterin geschulte Studentinnen, welche die Patientinnen während ihrer Wartezeit um die Teilnahme an einer Untersuchung baten, und diese in einem abgetrennten Raum über das Thema und die Untersuchung informierten.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung waren auch hier Minderjährigkeit, das Bestehen einer Anorexie oder einer Schwangerschaft sowie mangelnde Sprachkompetenz.

Die Erhebung wurde zwischen dem 01.10.2009 und 31.03.2010 von jedem der Untersucher zu individuellen Zeiten durchgeführt.

Direkt in der Praxis entschieden die Patientinnen nach Aufklärung und Sichtung des Informationsmaterials über eine Teilnahme (siehe Anhang **C.1b**) und händigten die Einwilligungserklärung (siehe Anhang **C.2**) sowie den ausgefüllten Screeningfragebogen (siehe Anhang **C.3b**) an den Untersucher aus. Bei geburtshilflich vorbelasteten Frauen erfolgte direkt die genaue Erfassung der geburtshilflichen Vorbelastungen sowie, ebenso wie bei den nicht betroffenen Teilnehmerinnen, die Aushändigung der für die betreffende Frau relevanten Fragebogenbatterie in einem frankierten Rückumschlag. Diese sollte innerhalb von 14 Tagen anonym an die Studienkoordinatorin der ambulanten Erhebung, Frau PD Dr. Martina Rauchfuß, Universitätsklinikum Charité, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik zurückgeschickt werden.

Beim Auftreten akuter Belastungszustände durch die Beschäftigung mit der geburtshilflichen Vorbelastung hatten betroffene Teilnehmerinnen die Gelegenheit zu telefonischen Krisengesprächen mit der Studienkoordinatorin Frau Dr. Rauchfuß bzw. der Studienleiterin.

Die von uns geplante Untersuchung wurde im Vorfeld mit dem Berliner Beauftragten für Datenschutz sowie der Ethikkommission der Universitätsklinik Charité abgestimmt.

Eine genaue Beschreibung der eingesetzten Erhebungsmethoden erfolgt in Abschnitt 6.1.3. (S. 84).

6.1.2 Stichproben

6.1.2.1 Schätzung der erforderlichen Stichprobenumfänge

Zur Berechnung der optimalen Stichprobenumfänge wurde bei der Studienkonzeption auf das statistische Programmpaket G-Power (Faul et al., 2007) zurückgegriffen.

Der Berechnung wurde zunächst der beabsichtigte Vergleich zwischen Frauen mit Schwangerschaftsverlusten, Frauen mit Abbrüchen bei medizinischer Indikation, Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung und Frauen ohne geburtshilflicher Vorbelastung mittels Varianzanalyse für unabhängige Stichproben zugrunde gelegt. Hierfür ergaben sich bei der Erwartung mittlerer Effekte unter Festsetzung der Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha=0.05$ und der Teststärke $1-\beta \leq 0.9$ als optimale Stichprobenumfänge je 27 Frauen mit Schwangerschaftsverlusten, mit Abbrüchen bei medizinischer Indikation sowie mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung und 81 Frauen ohne geburtshilfliche Vorbelastung, jeweils im stationären und im ambulanten Setting.

Nach Erhebungsbeginn wurde eine weitere Untersuchungsgruppe mit aufgenommen: Frauen mit multiplen, also mehreren verschiedenen Arten von geburtshilflicher Vorbelastung. Demnach ergab sich für die einzelnen Untergruppen geburtshilflicher Vorbelastung ein optimaler Stichprobenumfang von $n=30$, welche einer Kontrollgruppe von $n=120$, bestehend aus Frauen ohne geburtshilfliche Vorbelastung gegenüber gestellt werden sollten.

Werden nur alle vollständigen Datensätze berücksichtigt, verteilen sich die tatsächlichen Stichprobenumfänge auf die Untersuchungsbedingungen wie aus Tab. 9 zu entnehmen ist.

Die multipel geburtshilflich vorbelasteten Frauen (ambulant: $n=17$, stationär: $n=19$), welche angehalten waren, den Hauptfragebogen für das für sie schwierigste Ereignis auszufüllen, wurden dementsprechend den jeweiligen Untergruppen (Schwangerschaftsverlust, Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation oder Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung) zugeordnet.

Tabelle 9: tatsächliche Stichprobenumfänge Hauptuntersuchung

Untergruppen	Ambulant	Stationär
Keine geburtshilfliche Vorbelastung	471 (80.5%)	263 (74.1%)
Schwangerschaftsverlust	44 (7.5%)	45 (12.7%)
Abbruch bei medizinischer Indikation	26 (4.4%)	8 (2.3%)
Abbruch nach der Beratungsregelung	44 (7.5%)	39 (11.0%)

Wie in Tab. 9 ersichtlich, konnten im stationären Setting lediglich acht Probandinnen mit Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation befragt werden. Aufgrund dessen bleibt diese Untergruppe bei den hypothesenprüfenden Gruppenvergleichen vorläufig unberücksichtigt.

6.1.2.2 Beschreibung der Stichproben der Hauptuntersuchung

Innerhalb des Erhebungszeitraumes wurden stationär alle neu aufgenommenen Patientinnen, welche für die Teilnahme an der Untersuchung in Frage kamen, von ihrem Bezugstherapeuten mit den entsprechenden Unterlagen versorgt. Davon haben 440 Frauen den Screeningfragebogen ausgefüllt zurückgegeben. Davon wiederum konnte mit 355 Probandinnen (80.7%) auch der Hauptteil der Untersuchung (Fragebogenbatterie, bei geburtshilflicher Vorbelastung zusätzliches Interview) durchgeführt werden.

Nachdem Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen in der ersten Voruntersuchung keine relevanten Unterschiede aufwiesen und zudem davon auszugehen ist, dass die klinikinternen Aufnahmebefunde hinsichtlich der geburtshilflichen Anamnese keine ausreichend validen Daten liefern, wurde auf einen erneuten statistischen Vergleich von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen verzichtet.

Die psychischen Störungen der stationären Teilnehmerinnen konnten anhand der jeweiligen Erstdiagnosen wie in Abb. 13 ersichtlich den einzelnen Untergruppen des F-Kapitels des ICD-10 zugeordnet werden:

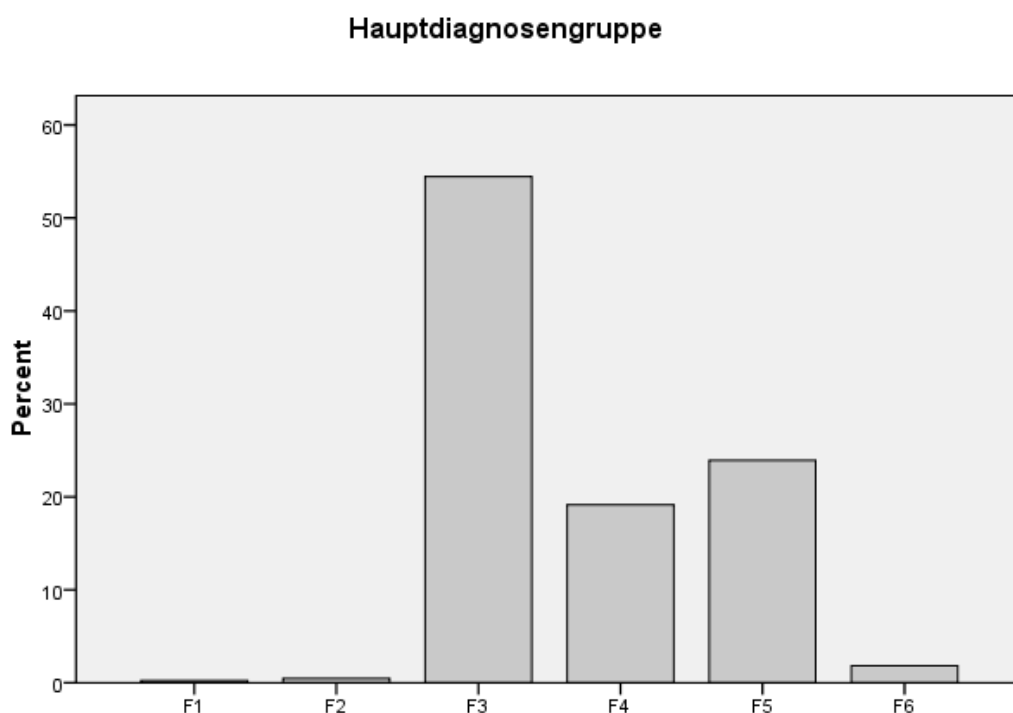


Abbildung 13: prozentuale Aufteilung der Hauptdiagnosengruppen der stationären Stichprobe (Hauptuntersuchung); Anmerkung: F1: psychische Störungen durch psychotrope Substanzen, F2: Schizophrenien, F3: affektive Störungen, F4: Angst, Zwang, PTSD, F5: Ess- und Schlafstörungen, F6: Persönlichkeitsstörungen

Bei der Untersuchung ambulanter Patientinnen fehlen genaue Aufzeichnungen über die Zahlen angesprochener Frauen, welche nicht in die Teilnahme einwilligten. Nichtteilnehmende Frauen gaben meist Zeitmangel, fehlendes Interesse oder aber zu hohe Belastung als Gründe an. Insgesamt füllten 921 Frauen den Screeningfragebogen aus und machten genauere Angaben zu ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte. Davon sandten 585 Frauen (63.5%) auch den Hauptfragebogen zurück. Die Fortführungsquoten hinsichtlich des Hauptteils der Hauptuntersuchung unterscheiden sich demnach signifikant zwischen ambulantem und stationärem Setting ($\chi^2=36.32$, $p\leq 0.001$).

Ein Überblick zu soziodemographischen Angaben der stationären und ambulanten Probandinnen sowie ein statistischer Vergleich sind Tab. 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Übersicht soziodemographische Angaben ambulante vs. stationäre Teilnehmerinnen (Hauptuntersuchung) (bLE: belastende Lebensereignisse)

Soziodemographie	Ambulant (n=440)	Stationär (n=921)	Testgröße und Signifikanzniveau t bzw. Chi²	
Alter	40.44	43.45	t=3.67	p≤0.001
Schulabschluss	≈	≈	Chi ² =11.54	p=0.073
Beruflicher Abschluss	≈	≈	Chi ² =28.97	p≤0.001
Familienstand	≈	≈	Chi ² =7.06	p=0.070
Fester Partner	77.3%	59.5%	Chi ² =46.00	p≤0.001
Jemals schwanger gewesen?	64.9%	58.4%	Chi ² =5.34	p=0.021
Anzahl Schwangerschaften	1.72	1.46	t=2.70	p=0.007
Kinder	60.3%	50.5%	Chi ² =11.69	p=0.001
Andere bLE	53.4%	75.0%	Chi ² =58.06	p≤0.001

Die jeweiligen Schulabschlüsse teilen sich in den beiden Settings wie folgt auf:

Ambulant: kein Abschluss: 1.5%, Sonderschule: 0.1%, Hauptschule: 9.7%, Realschule: 35.0%, Fachabitur: 9.9%, Abitur: 42.3%, Sonstiges: 1.5%; stationär: kein Abschluss: 1.4%, Sonderschule: 0.2%, Hauptschule: 15.0%, Realschule: 29.3%, Fachabitur: 10.0%, Abitur: 43.2%, Sonstiges: 0.9%. Einige Abschlüsse aus dem Schulsystem der neuen Bundesländer sowie aus dem Ausland wurden dabei von den Probanden den genannten Kategorien zugeordnet. Trotz des signifikanten Unterschieds sind gehobene Schulabschlüsse in beiden Untersuchungsgruppen gegenüber der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert, so dass dies einer Vergleichbarkeit nicht im Wege steht. Bei Übertragung der Ergebnisse auf die Allgemeinheit muss die Überrepräsentierung berücksichtigt werden.

Die höchsten beruflichen Abschlüsse verteilten sich folgendermaßen:

Ambulant: keine Ausbildung: 9.0%, noch in Ausbildung: 13.5%, abgeschlossene Lehre: 34.6%, Fachschulabschluss: 10.4%, Fachakademie / Meisterschule: 1.6%, Fachhochschulabschluss:

7.8%, Hochschulabschluss: 20.5%, anderer Abschluss: 2.6%; stationär: keine Ausbildung: 10.5%, noch in Ausbildung: 6.4%, abgeschlossene Lehre: 35.2%, Fachschulabschluss: 8.6%, Fachakademie / Meisterschule: 5.0%, Fachhochschulabschluss: 7.7%, Hochschulabschluss: 23.4%, anderer Abschluss: 3.2%.

Auch hier ist eine Überrepräsentierung höherer beruflicher Abschlüsse gegenüber der Allgemeinbevölkerung in beiden Untersuchungsgruppen anzumerken.

Die Angaben zum Familienstand zum Erhebungszeitpunkt verteilten sich wie folgt: ambulant: ledig: 43.5%, geschieden / getrennt lebend: 14.8%, verheiratet: 37.7%, verwitwet: 4.0%; stationär: ledig: 38.4%, geschieden / getrennt lebend: 20.0%, verheiratet: 37.5%, verwitwet: 4.2%.

Insgesamt ist neben der Überrepräsentierung höherer Schul- und Berufsabschlüsse in beiden Gruppen festzustellen, dass die stationären Patientinnen zum Befragungszeitpunkt seltener angaben, in einer festen Partnerschaft zu leben, dass ein geringerer Teil von ihnen bisher jemals schwanger war und in dieser Stichprobe insgesamt weniger zurückliegende Schwangerschaften vorliegen und weniger lebende Kinder geboren wurden als in der ambulanten Vergleichsstichprobe. Diese Unterschiede sind bei der Auswertung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

6.1.3 Erhebungsmethoden

Die Befragung der Frauen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppen wurde schriftlich mittels vollstrukturierter und zum Teil standardisierter Fragebögen vorgenommen. Zudem erfolgte bei geburtshilflich vorbelasteten Frauen eine persönliche Befragung zu den genauen Umständen ihrer geburtshilflichen Vorbelastungen anhand eines standardisierten Interviews.

<p>Alle Teilnehmerinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographie, bisherige Schwangerschaften: Screening-Fragebogen • Depression: Beck-Depressionsinventar-II (Hautzinger et al., 2009) • Allgemeines Befinden: Personal-Health-Questionnaire (PHQ, Löwe et al., 2002)
<p>Bei Patientinnen in der stationären Psychosomatik zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisch-psychiatrische Diagnosestellung (ICD-10): durch jeweils zwei Untersucher (mittels IDCL, Hiller et al., 1995)
<p>Bei geburtshilflicher Vorbelastung ambulant und stationär zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen zu Schwangerschaftsverlusten / –abbrüchen (medizinische Indikation oder Beratungsregelung) • Skalen zu Attribution und Verarbeitung nach Fehlgeburten (Bergner et al., 2008) • Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995b) (akut 1 Jahr nach dem Ereignis und aktuell) • Impact-of-Event-Scale-Revised (Maercker & Schützwohl, 1998)

Abbildung 14: Erhebungsmethoden Hauptstudie

Abb. 14 liefert eine Übersicht über die Operationalisierung der Untersuchungsvariablen durch

die ausgewählten Erhebungsmethoden.

Nachfolgend werden alle für die weiteren Auswertungen relevanten Erhebungsinstrumente in der Abfolge ihres Einsatzes beschrieben.

6.1.3.1 Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL, Hiller et al., 1995) (stationär)

Bei den stationären Teilnehmerinnen kamen im Rahmen des klinikinternen Aufnahmeverfahrens die Internationalen Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL) (Hiller et al., 1995) zum Einsatz. Sowohl der zuständige Bezugstherapeut im Aufnahmegespräch als auch der jeweilige zweite Untersucher aus der Leitungsebene setzten die klinisch-psychiatrische Diagnostik anhand dieses Leitfadens um. Bei entsprechendem Verdacht bereits zu Beginn der Therapie kamen zusätzlich die IDCL für Persönlichkeitsstörungen zur Anwendung. Die IDCL orientieren sich an den Forschungskriterien des ICD-10 und können dabei helfen, genaue Diagnosen in Anlehnung an die ICD-10-Klassifikation zu gewinnen. Sie sollen es dem Untersucher ermöglichen, zu einer zuverlässigen und objektiven Diagnose zu gelangen. Neben einem Screeningteil liegen 32 Listen für die wichtigsten psychischen Störungen vor. Die IDCL finden breiten Einsatz in der klinischen Praxis sowie in der Forschung und haben sich in diversen Untersuchungen als reliabel herausgestellt sowohl hinsichtlich Test-Retest-Reliabilität als auch hinsichtlich Interrater-Reliabilität.

6.1.3.2 Screeningfragebogen

Der Screeningfragebogen zur Erfassung soziodemographischer Angaben wurde in Anlehnung an einen Fragebogen von Rauchfuß et al. (1996) gestaltet und ist in Anhang **C.3a** (stationäres Setting) sowie **C.3b** (ambulantes Setting) beigelegt. Er enthält zusätzlich zur Soziodemographie Fragen zu möglichen zurückliegenden geburtshilflichen Vorbelastungen sowie zur aktuellen subjektiven Belastung durch diese.

6.1.3.3 Fragebogen zum Verlauf bisheriger Schwangerschaften

Alle Teilnehmerinnen, die zurückliegend jemals schwanger waren, wurden in einem gesonderten Fragebogen zum Verlauf und Ausgang ihrer Schwangerschaften befragt. Dieser Fragebogen ist Anhang **C.4** zu entnehmen. Neben der jeweiligen Jahreszahl wurden eventuelle Komplikationen im Verlauf sowie bei der Entbindung und der jeweilige Ausgang der Schwangerschaften (u.a. Fehlgeburt, Totgeburt, Abbruch bei medizinischer Indikation oder nach der Beratungsregelung, Frühgeburt, termingerechte Entbindung nach der 38. SSW) erfragt.

6.1.3.4 Fragebogen zu den unterschiedlichen geburtshilflichen Vorbelastungen

Mit allen Teilnehmerinnen, welche eine geburtshilfliche Vorbelastung angaben, wurde sowohl ambulant als auch stationär die geburtshilfliche Anamnese in einem standardisierten Interview genauer erfasst. Hierfür wurden für die verschiedenen Arten von geburtshilflichen Vorbelastungen jeweils ein eigener Erhebungsleitfaden gestaltet. Die entsprechenden Formulare sind in den Anhängen **C.5** bis **C.7** einsehbar. Zu jedem zurückliegenden Schwangerschaftsverlust wurden nähere Angaben zu Feststellung, Diagnose und Art der Behandlung erfragt. Für jeden Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation wurden zudem die Methode des Abbruchs und das Ausmaß von Beratung und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung erhoben. Bei Abbrüchen nach der Beratungsregelung wurde zusätzlich der Entscheidungsfindungsprozess abgebildet und die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch wurden in Anlehnung an den Abortion Decision Questionnaire (ADQ) von Miller (1992) erfasst.

6.1.3.5 Allgemeine Psychometrie

Die beiden folgenden Fragebögen zur Erfassung des allgemeinen psychischen Befindens wurden sowohl ambulant als auch stationär von allen teilnehmenden Probandinnen, unabhängig von ihrer geburtshilflichen Anamnese ausgefüllt.

6.1.3.5.1 Beck-Depressionsinventar-II (Hautzinger et al., 2009)

Innerhalb der ersten Voruntersuchung kam bereits das Beck-Depressionsinventar zum Einsatz (siehe Abschnitt 4.1.2.2., S. 60). In der Hauptuntersuchung kam jedoch die überarbeitete Version, das Beck-Depressionsinventar-II (BDI-II, Hautzinger et al., 2009) zur Anwendung, welches stärker am DSM-IV orientiert ist, präziser formulierte und teilweise neue Items enthält.

Das BDI-II setzt sich aus 21 Items zusammen, welche aus je vier verschiedenen Formulierungen zu Aspekten des aktuellen psychischen Befindens innerhalb der letzten zwei Wochen bestehen, aus welchen jeweils eine gewählt werden muss. Jede Variante führt zu einer unterschiedlich hohen Punktzahl (Range 0 bis 3). Aus sämtlichen Items wird am Ende ein Summenwert gebildet, der zwischen 0 und 63 Punkten liegen kann. Zur Einschätzung des Schweregrads der depressiven Symptomatik werden folgende Cut-off Werte genannt: 0 bis 13: keine oder minimale depressive Symptome, 14 bis 19: milde Symptome, 20 bis 28: moderate Symptome und 29 bis 63: schwere depressive Symptome (Kühner et al., 2007). Nach Kühner et al. (2007) liegen beim BDI-II eine hohe interne Konsistenz, eine zufriedenstellende Retest-Reliabilität, eine hohe Validität und eine gute Diskriminationsfähigkeit vor.

6.1.3.5.2 Personal-Health-Questionnaire (PHQ, Löwe et al., 2002)

Der Personal-Health-Questionnaire („Gesundheitsfragebogen für Patienten“) dient der Unterstützung bei der Erfassung „der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin“ (Löwe et al., 2002, S. 4). Es wird von den Autoren darauf hingewiesen, dass der Fragebogen allein für die Diagnostik psychischer Störungen nicht ausreicht, sondern Ergebnisse auf Syndromebene liefert. Der PHQ kann sowohl kategorial als auch dimensional ausgewertet werden. Entsprechend seines modularen Aufbaus können je nach Fragestellung bestimmte Einzelbereiche herausgegriffen werden. Für die vorliegende Untersuchung relevant ist die dimensionale Auswertung hinsichtlich der Skalen „Depressivität“, „Somatische Symptome“ und „Stress“. In die Depressivitätsskala fließen neun Items aus dem Depressionsmodul ein, welche anhand folgender Kategorien beantwortet werden: 0=„Überhaupt nicht“, 1=„An einzelnen Tagen“, 2=„An mehr als der Hälfte der Tage“, 3=„Beinahe jeden Tag“. Die Summe der entsprechenden Antworten variiert zwischen 0 und 27 Punkten und bildet den Skalenwert „Depressivität“.

Der Skalenwert „Somatische Symptome“ setzt sich aus 13 Items des somatoformen Moduls und zwei Items aus dem Depressivitätsmoduls zusammen. Im somatoformen Modul liegen folgende Antwortmöglichkeiten vor: 0=„Nicht beeinträchtigt“, 1=„Wenig beeinträchtigt“, 2=„Stark beeinträchtigt“, die Bepunktung der Angaben aus dem Depressivitätsmodul werden angeglichen. Der mögliche Skalenwert für „Somatische Symptome“ liegt demnach zwischen 0 und 30 Punkten.

Der Summenwert auf der Skala „Stress“ liegt zwischen 0 und 20 Punkten und summiert sich aus den Antworten auf zehn Items zu psychosozialen Belastungsfaktoren, zu welchen es folgende Möglichkeiten gibt: 0=„Nicht beeinträchtigt“, 1=„Wenig beeinträchtigt“, 2=„Stark beeinträchtigt“.

Validierungsuntersuchungen durch die Autoren, in welchen das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (Wittchen et al., 1997) als Referenz benutzt wurde, deuten auf hohe Übereinstimmungen und damit eine ausreichend gute Validität der deutschen Fassung des PHQ hin (Löwe et al., 2002).

6.1.3.6 Spezifische Psychometrie

Teilnehmerinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen füllten sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting zusätzlich spezifische Fragebögen zur Erfassung psychischer Konstrukte aus, welche inhaltlich mit der geburtshilichen Vorbelastung assoziiert sind.

6.1.3.6.1 Skalen zu Attributions- und Verarbeitungsmustern nach Fehlgeburten (Bergner et al., 2008)

Auch die Skalen zur Erfassung von Attributionsmustern und Bewältigungsstilen in Bezug auf zurückliegende Schwangerschaftsverluste oder -abbrüche fanden bereits in der ersten Voruntersuchung Anwendung. Entsprechend können die Merkmale des Verfahrens im Abschnitt 4.1.2.2. (S. 60) nachgelesen werden. Es ist anzumerken, dass die entsprechenden Skalen speziell für die Erfassung des Umgangs mit Schwangerschaftsverlusten entwickelt wurden. In der vorliegenden Hauptuntersuchung wurde der Fragebogen zur Erfassung von Bewältigungsstilen auch Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen sowohl bei medizinischer Indikation als auch nach der Beratungsregelung vorgelegt. Der Fragebogen zu Attributionsmustern wurde auch von Frauen mit zurückliegenden Abbrüchen bei medizinischer Indikation beantwortet. Dies erfolgte vor dem Hintergrund der Literaturrecherche und der Ergebnisse der ersten Voruntersuchung (Patientinnenbefragung). Diese weisen darauf hin, dass auch Schwangerschaftsabbrüche für einen Teil der betroffenen Frauen kritische, teilweise schwer zu verarbeitende Lebensereignisse darstellen können.

6.1.3.6.2 Münchner Trauerskala (Beutel et al., 1995b)

Die Münchner Trauerskala wurde von Beutel und Kollegen in Anlehnung an die Perinatal Grief Scale von Toedter et al. (1988) konzipiert und dient der spezifischen Erfassung von Trauersymptomen nach Schwangerschaftsverlusten sowie zur Verlaufsmessung (Beutel, 2002). Der Fragebogen besteht aus 22 Aussagen mit jeweils einer 5-stufigen Antwortskala von 1= „Gar nicht zutreffend“ bis 5= „Sehr zutreffend“. Die Items können den Skalen „Traurigkeit“, „Verlustangst“, „Schuldhafte Verarbeitung“, „Ärger“ und „Sinnsuche“ zugeordnet werden. Die Retest-Reliabilität des Instruments beträgt nach den Ergebnissen der Autoren $r=.76$ (nach sechs Monaten) und $rtt=.60$ (nach zwölf Monaten), die interne Konsistenz wird mit $\alpha=.89$ (Beutel et al., 1995b) angegeben. Im Gegensatz zu den anderen Skalen wird der Skala „Sinnsuche“ ein funktionaler Charakter bei der Bewältigung des Schwangerschaftsverlustes zugeschrieben.

Bisher kam die Münchner Trauerskala bei Frauen mit Fehl- und Totgeburten zum Einsatz. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse unserer ersten Voruntersuchung, die darauf hindeuten, dass auch Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation und nach der Beratungsregelung psychische Folgebelastungen erleiden können, wurde das Instrument in der vorliegenden Untersuchung ebenso von diesen beiden Untergruppen von Teilnehmerinnen bearbeitet.

Alle betroffenen Teilnehmerinnen wurden gebeten, die Münchner Trauerskala rückblickend für den Zeitraum des ersten Jahres nach dem Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch auszufüllen (MTSa), sowie ein weiteres Mal für ihre aktuelle Situation zum Befragungszeitpunkt (MTSb).

6.1.3.6.3 Impact-of-Event-Scale-Revised (Maercker & Schützwohl, 1998)

Die Impact-of-Event-Scale-Revised (IES-R) basiert auf der ursprünglichen Fassung der Impact-of-Event-Scale von Horowitz et al. (1979) und wurde von Maercker und Schützwohl 1998 für den deutschen Gebrauch überarbeitet.

Diese Skala dient der Erfassung von psychischen Folgebelastungen nach dem Erleben eines oder mehrerer traumatischer Erlebnisse. Einige neuere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Schwangerschaftsverluste für manche Betroffene das Ausmaß einer traumatischen Erfahrung aufweisen (Walker & Davidson, 2001, Engelhard et al., 2001, Engelhard, 2004). Auch Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation oder nach der Beratungsregelung wurde dieser Fragebogen vorgelegt.

Die IES-R setzt sich zusammen aus den drei Skalen „Intrusionen“, „Vermeidung“ und „Übererregung“. Für die jeweiligen Skalen lassen sich Summenwerte über die einzelnen Items bilden, welche jeweils mit „Überhaupt nicht“ (0 Punkte), „Selten“ (1 Punkt), „Manchmal“ (3 Punkte) oder „Oft“ (5 Punkte) beantwortet werden können. Des weiteren lässt sich mittels einer Schätzformel, welche sich aus Werten aus den drei Skalen zusammensetzt, eine kategoriale diagnostische Einschätzung zum Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung vornehmen.

Die Formel, eine Regressionsgleichung, lautet wie folgt:

$$X = -0.02 \times \sum \text{Intrusionen} + 0.07 \sum \text{Vermeidung} + 0.15 \sum \text{Übererregung} - 4.36.$$

Liegt das Ergebnis im positiven Bereich, also > 0.0 , dann ist das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung als wahrscheinlich anzusehen. Diese Formel weist gute Sensitivitäts- und Spezifitätswerte auf.

Zur internen Konsistenz (Cronbach's α) werden folgende Angaben gemacht: Skala „Intrusionen“: $\alpha=.90$, Skala „Vermeidung“: $\alpha=.79$, Skala „Übererregung“: $\alpha=.90$. Die Retest-Reliabilität liegt bei $r=.80$, $r=.66$ bzw. $r=.79$.

6.1.4 Auswertungsmethoden

Alle statistischen Analysen wurden mit dem Computerprogramm SPSS für Windows, englische Version 17 durchgeführt.

6.1.4.1 Gruppenunterschiede: Mittelwertsvergleiche

Aufgrund der Tatsache, dass unseres Wissens bisher keine expliziten Untersuchungen zu geburtshilflichen Vorbelastungen bei der spezifischen Gruppe von Frauen, welche sich in stationär

psychosomatischer Behandlung befinden, vorliegen, wird zunächst die vorgefundene Sachlage beschrieben.

Zur Abbildung von Häufigkeiten und Charakteristika geburtshilflicher Vorbelastungen sowohl im stationären Setting als auch in der Allgemeinbevölkerung kamen deskriptive Verfahren und Mittelwertvergleiche zum Einsatz. Zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden zwischen zwei unabhängigen Gruppen wurde bei metrischen Daten und vorliegender Varianzhomogenität „der 'klassische' T-Test durchgeführt“ (Diehl & Staufenbiel, 2001, S. 214). Bei multiplen T-Tests wurde zur Festlegung des jeweiligen Signifikanzniveaus die Bonferroni-Korrektur berücksichtigt. Im Falle von dichotomen Daten wurden Chi²-Tests durchgeführt (Diehl & Staufenbiel, 2001).

Im hypothesenprüfenden Teil der Arbeit erfolgte zunächst jeweils die Gegenüberstellung von zwei unterschiedlichen Gruppen von Frauen: Hypothese 1: Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastungen; Hypothese 2: stationär psychosomatische Patientinnen mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastung; Hypothese 3: stationär psychosomatische Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung. In diesem Zweistichprobenfall kamen jeweils T-Tests zur Anwendung.

Zur Gesamtbeurteilung der Hypothesen 1 bis 3 wurde zusätzlich eine mehrfaktorielle Varianzanalyse (Faktor 1: geburtshilfliche Vorbelastung, Faktor 2: Setting) durchgeführt.

Die einfaktorielle Varianzanalyse (Backhaus et al., 2011) prüft die Annahme der jeweiligen Nullhypothesen, es würden keine Unterschiede hinsichtlich der Gruppenmittel bestehen, über die Analyse der Abweichungsquadrate vom Gesamtmittel. Dabei werden die mittleren quadratischen Gesamtabweichungen in erklärte und nicht erklärte Abweichungen, bzw. in mittlere quadratische Abweichungen zwischen den und innerhalb der Faktorstufen zerlegt. Es ergibt sich demnach folgende Modellgleichung:

$$\gamma_{gk} = \mu + \alpha_g + \varepsilon_{gk} \quad (1)$$

γ_{gk} : Beobachtungswert

μ : Gesamtmittelwert

α_g : Einfluss des Faktors, Stufe g

ε_{gk} : nicht erklärter Einfluss von Zufallsgrößen

Nach Ermittlung eines empirischen F-Wertes wird dieser unter Berücksichtigung einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0.05$ mit einem theoretischen F-Wert in Beziehung gesetzt. Ist der empirische F-Wert größer als der theoretische, führt dies zu einer Verwerfung der Nullhypothese und ein Einfluss des Faktors kann angenommen werden.

Wird die Nullhypothese verworfen, werden zur genaueren Lokalisation von Gruppenunterschieden im Anschluss an die Varianzanalyse paarweise Mittelwertsvergleiche durchgeführt. Während für die Anwendung der Varianzanalyse keine Möglichkeit besteht, eventuelle Verletzungen der Varianzhomogenitätsannahme zu berücksichtigen (Diehl & Staufenberg, 2001), liegen eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten für die Post-hoc-Tests zur genaueren Analyse von Mittelwertunterschieden vor. Bei gegebener Varianzhomogenität werden Tukey-HSD-Tests (honestly significant difference) berechnet, bei varianzheterogenen Stichproben (Levene-Test signifikant) wird auf den Games-Howell-Test zurückgegriffen.

Die durchgeführte mehrfaktorielle Varianzanalyse (Backhaus et al., 2011) berücksichtigt gleichzeitig sowohl die unabhängige Variable geburtshilfliche Vorbelastung (keine geburtshilfliche Vorbelastung vs. geburtshilfliche Vorbelastung) als auch die unabhängige Variable Setting (stationär vs. ambulant). Demnach ergibt sich ein 2x2- Design, bei welchem zusätzlich mögliche Interaktionen zwischen den beiden Faktoren geprüft werden können.

Den Berechnungen liegt folgendes Modell zugrunde:

$$\gamma_{ghk} = \mu + \alpha g + \beta h + (\alpha\beta)_{gh} + \varepsilon_{ghk} \quad (2)$$

γ_{ghk} : Beobachtungswert

μ : Gesamtmittelwert

αg : Einfluss des Faktors 1, Stufe g

βh : Einfluss des Faktors 2, Stufe h

$(\alpha\beta)_{gh}$: Interaktionseffekt

ε_{ghk} : nicht erklärter Einfluss von Zufallsgrößen

Die statistische Prüfung der Haupteffekte sowie möglicher Interaktionseffekte erfolgt über den Vergleich der Mittelwerte aller Faktorkombinationen. Die Nullhypothese, dass die beiden Faktoren einzeln oder in ihrer Zusammenwirkung keinen Einfluss haben, kann verworfen werden, wenn sich diese Mittelwerte statistisch signifikant voneinander unterscheiden. Auch hier erfolgt der Abgleich mit einem theoretischen F-Wert unter Berücksichtigung einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha=0.05$. Anschließend können entsprechende Post-hoc-Tests durchgeführt werden.

6.1.4.2 Zusammenhänge: Regressionsanalysen

Aufbauend auf den bisher beschriebenen Auswertungen wurden zusammenhangsanalytische Berechnungen zu Hypothese 4 (siehe Abschnitt 5, S. 76) durchgeführt. Auch wenn aufgrund des retrospektiven Charakters der Untersuchung keine zwingenden Schlüsse über Kausalitäten

gezogen werden können, sollen die durchgeführten regressionsanalytischen Berechnungen zu einer Spezifizierung weiterer theoretischer Hypothesen führen und zusätzlich für die praktische Arbeit bereits eine Fokussierung auf bestimmte Charakteristika von geburtshilflichen Vorbelastungen und möglichen psychischen Folgeerscheinungen erlauben.

Das aktuelle psychische Befinden der betroffenen Frauen wurde über den Summenwert des BDI-II (Hautzinger et al., 2009), die jeweiligen Summenwerte der einzelnen Skalen des PHQ (Löwe et al., 2002) und der IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998) operationalisiert. Die entsprechenden Prädiktoren und Indikatoren können Abb. 15 entnommen werden.

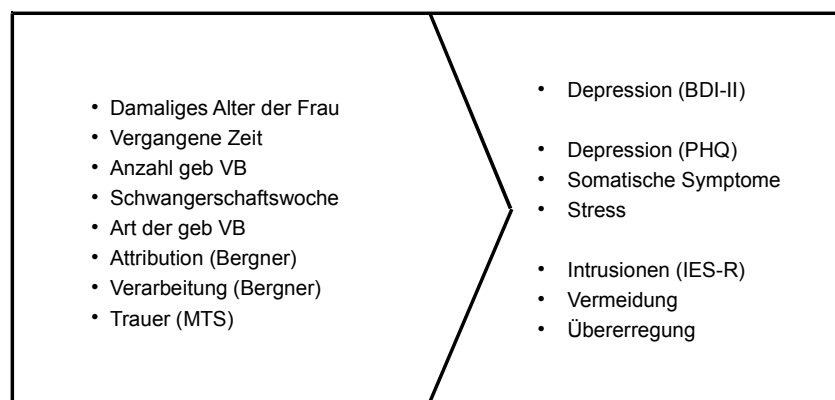


Abbildung 15: multiple Regressionen: Prädiktoren / Indikatoren und Kriterien; Anmerkung: geb VB: geburtshilfliche Vorbelastung, MTS: Münchner Trauerskala (bezogen auf das erste Jahr nach der geb VB), BDI-II: Beck-Depressionsinventar-II, PHQ: Personal Health Questionnaire, IES-R: Impact of Event-Scale Revised

Aufgrund der gegebenen Stichprobenumfänge konnten bei der Modellbildung nicht alle theoretisch interessanten Prädiktoren / Indikatoren berücksichtigt werden. Deshalb musste eine Auswahl der wichtigsten Prädiktoren / Indikatoren erfolgen.

Zur Klärung, welche Prädiktoren / Indikatoren in den jeweiligen Regressionsmodellen berücksichtigt werden sollten, wurden zunächst getrennt für jedes Kriterium schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt. Es wurde vorab folgende Regel festgelegt: Sobald ein Prädiktor / Indikator für zwei oder mehr Kriterien einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung liefert, wird er bei den anschließenden Berechnungen für alle Kriterien berücksichtigt. So sollte eine Vergleichbarkeit der Modelle für die jeweiligen Kriterien geschaffen werden.

In der Folge wurde unter Rückgriff auf die entsprechenden Prädiktoren / Indikatoren die Modellbildung mittels getrennter Regressionen nach dem blockweise-Verfahren durchgeführt.

Mit Hilfe der multiplen Regression (Backhaus et al., 2011) können lineare Zusammenhänge zwischen mehreren Prädiktoren (unabhängige Variablen) und einem Regressanden (abhängige

Variable) dargestellt werden. Dazu wird eine lineare Beziehung angenommen, die in folgender Modellgleichung formuliert ist:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_iX_i + e \quad (3)$$

- Y : Beobachtungswert der abhängigen Variable
 b_0 : konstantes Glied
 b_1 bis b_i : Regressionskoeffizienten
 X_1 bis X_i : Beobachtungswerte der unabhängigen Variablen
 e : Residuum

Die Regressionskoeffizienten geben Richtung und Stärke des Zusammenhangs zwischen den unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable an. Es sei nochmals erwähnt, dass Rückschlüsse auf zwingende Kausalitäten aufgrund des retrospektiven Designs der vorliegenden Untersuchung dennoch nicht möglich sind. Die Berechnung der Regressionskoeffizienten erfolgt „durch Minimierung der Summe der Abweichungsquadrate (KQ-Kriterium)“ (Backhaus et al., 2011). So wird ein möglichst hoher Anteil der Varianz der Zielvariablen durch die Prädiktoren erklärt.

Gütemaße zur Prüfung der ermittelten Regressionsfunktion stellen das Bestimmtheitsmaß R^2 sowie die F-Statistik dar. Das Bestimmtheitsmaß R^2 gibt dabei anhand der Residuen das Ausmaß der Anpassung der Regressionsfunktion an die tatsächlichen, empirischen Werte und somit den Anteil der erklärten Streuung an den quadrierten Gesamtabweichungen aller Beobachtungen (Gesamtstreuung) an. Je höher der Anteil an aufgeklärter Streuung, desto näher liegt R^2 am Wert 1. Da die Höhe von R^2 durch die Anzahl der berücksichtigten Regressoren beeinflusst wird und so künstlich gesteigert werden könnte, beinhaltet das korrigierte Bestimmtheitsmaß eine Ausgleichsgröße, die diesem Effekt entgegen wirkt.

Zur Prüfung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit empfiehlt sich die Signifikanzprüfung des Bestimmtheitsmaßes R^2 mittels F-Statistik, welche den Umfang der vorliegenden Stichprobe berücksichtigt. Dabei wird in einer Nullhypothese angenommen, dass kein Zusammenhang zwischen den Regressoren und dem Regressanden besteht und demnach alle Regressionskoeffizienten gleich 0 sind. Es wird ein empirischer F-Wert ermittelt, welcher mit einem kritischen, theoretischen F-Wert verglichen wird. Bei Gültigkeit der Nullhypothese läge der empirische F-Wert unterhalb des kritischen Wertes, andernfalls kann die Nullhypothese verworfen werden. Auf die Regressoren zurückgehende Zusammenhänge können bei entsprechender theoretischer Untermauerung angenommen werden. Zusätzlich zur Prüfung des gesamten Regressionsmodells können auch die einzelnen Regressionskoeffizienten auf Signifikanz geprüft werden. Dies erfolgt durch Rückgriff auf die t-Statistik.

Zur Überprüfung der Einhaltung der Prämissen der Regressionsanalyse werden im Anschluss folgende Maßnahmen vorgenommen: Inspektion der Korrelationsmatrix hinsichtlich erkennbarer Abhängigkeiten zwischen den unabhängigen Variablen, Berechnung der Toleranzen und Variance Inflation Factors (VIF) zur Identifikation möglicher Multikollinearität (ein Regressor wäre exakt linear abhängig von den anderen Regressoren und damit überflüssig) sowie Analyse der Residuen zur Aufdeckung von Heteroskedastizität oder fehlender Normalverteilung der Residuen (Backhaus et al., 2011).

6.1.5 Zusammenfassung

Zur Auswertung der in der Hauptuntersuchung mittels der oben genannten psychometrischen Verfahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting gewonnenen Daten wurde zusammengefasst folgendermaßen vorgegangen: Zunächst erfolgte eine deskriptive Darstellung der vorgefundenen Häufigkeiten und Charakteristika der zurückliegenden geburtshilflichen Vorbelastungen der stationär psychosomatischen Patientinnen im Vergleich zur Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Anschließend wurden auf der t-Statistik basierende Berechnungen und Varianzanalysen zu Gruppenunterschieden hinsichtlich verschiedener psychischer Belastungsparameter durchgeführt (Hypothesen 1 bis 3). Darauf aufbauend wurden zur weiteren Spezifizierung möglicher Unterschiede regressionsanalytische Auswertungen vorgenommen (Hypothese 4). Diese sollten bei der Aufklärung möglicher differenzieller Ursachen für anhaltende emotionale Belastungen bestimmter Untergruppen der betroffenen Frauen helfen. Sie liefern vor dem Hintergrund des retrospektiven Studiendesigns jedoch lediglich erste Hinweise, welche einer weiteren theoretischen Untermauerung und empirischen Überprüfung bedürfen.

6.2 Ergebnisse der Hauptuntersuchung

6.2.1 Häufigkeiten und Charakteristika geburtshilflicher Vorbelastungen

Die Auswertung der spezifischen Angaben zu geburtshilflichen Vorbelastungen in den Screening-Fragebögen (n (ambulant)=921, n (stationär)=440) ergab folgende Ergebnisse:

Der Anteil der geburtshilflich vorbelasteten Frauen ist im stationären und ambulanten Setting quasi identisch: ambulant sind 26.0% ($n=239$) der Frauen, stationär 26.4% ($n=116$) der Frauen betroffen ($\chi^2=0.026$, $p=0.871$), obwohl die stationäre Stichprobe signifikant älter ist als die Vergleichsgruppe (ambulant: $M=40.4$, $SD=14.52$, stationär: $M=43.45$, $SD=13.30$, $t=3.67$, $p\leq 0.001$) und signifikant weniger Schwangerschaften angibt (ambulant: $M=1.72$, $SD=1.39$, stationär: $M=1.46$, $SD=1.71$, $t=2.70$, $p=0.007$). Demnach endete ein größerer Anteil der eingetrete-

nen und diagnostizierten Schwangerschaften nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes.

Die Aufteilung auf die verschiedenen Untergruppen geburtshilflicher Vorbelastungen ist in Abb. 16 ersichtlich. Es liegen statistisch signifikante Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Stichprobe vor ($\chi^2=12.00$, $p=0.007$). Der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation liegt in der ambulanten Stichprobe höher als in der stationären Stichprobe.

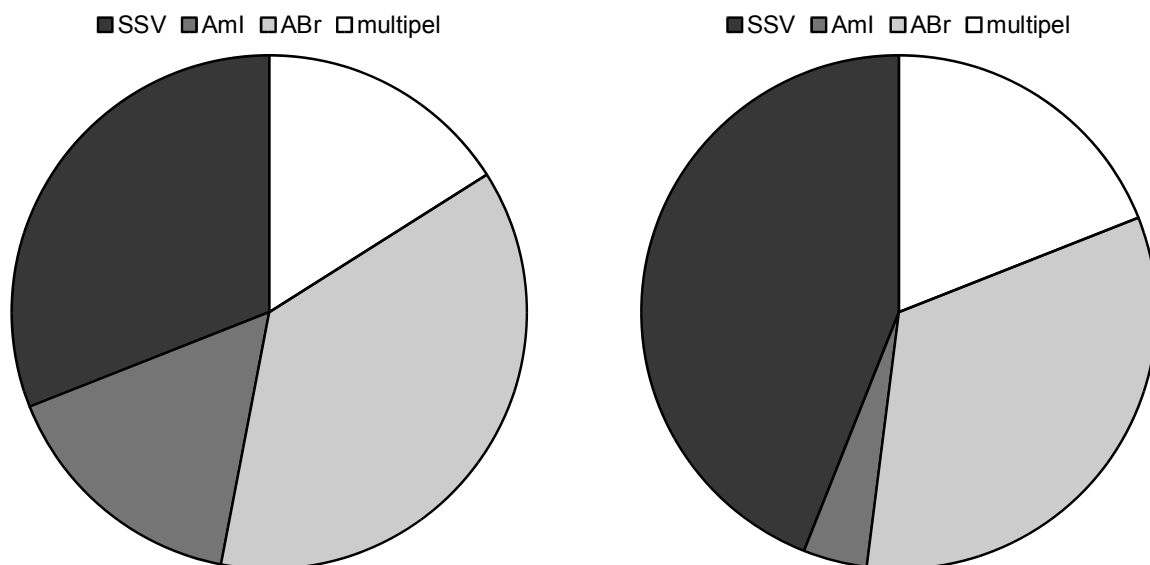


Abbildung 16: Untergruppen geburtshilflicher Vorbelastungen stationäre vs. ambulante Teilnehmerinnen; Anmerkung: SSV: Schwangerschaftsverlust, Aml: Abbruch bei medizinischer Indikation, ABr: Abbruch nach der Beratungsregelung

Im Mittel liegen die Schwangerschaftsverluste bzw. -abbrüche, bzw. bei mehrfach Betroffenen die jeweils am schwierigsten zu bewältigenden Verluste oder Abbrüche, 20 Jahre zurück (ambulant: $M=19.72$, $SD=12.05$ vs. stationär: $M=19.71$, $SD=10.87$, $t=0.01$, $p=0.995$) und erfolgten durchschnittlich in der elften Schwangerschaftswoche (ambulant: $M=11.44$ vs. stationär: $M=11.36$, $SD=5.35$, $SD=6.12$, $t=0.11$, $p=0.912$).

Insgesamt gaben 17.6% der Betroffenen im Screening an, durch die geburtshilfliche Vorbelastung nach wie vor psychisch belastet zu sein, wobei dieser Anteil im stationären Setting signifikant höher liegt (ambulant: 11.1% vs. stationär: 31.3%; $\chi^2=21.16$, $p\leq 0.001$).

Auch in der Höhe der subjektiv nach wie vor anhaltenden psychischen Belastung durch das Ereignis (7-stufige Skala, Range 1-7) bestehen deutliche Unterschiede: ambulant: $M=2.50$, $SD=1.82$ vs. stationär: $M=3.14$, $SD=2.18$; $t=2.69$, $p=0.008$ (siehe auch Abb. 17, S. 96).

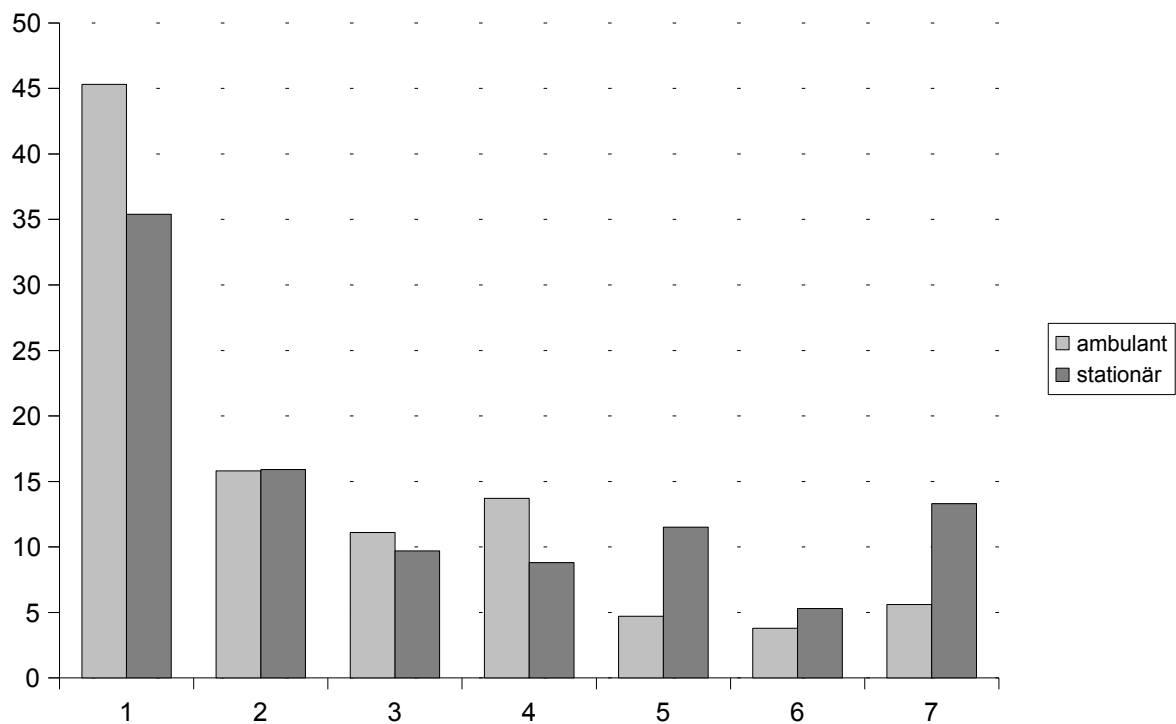


Abbildung 17: prozentuale Verteilung der subjektiven Einschätzungen der aktuellen psychischen Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung getrennt für ambulante und stationäre Teilnehmerinnen

6.2.2 Gruppenunterschiede

6.2.2.1 Unterschiede zwischen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastungen

Hypothese 1:

Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung sind psychisch belasteter als Frauen aus der Allgemeinbevölkerung ohne geburtshilfliche Vorbelastung (höhere Depressionswerte, höhere allgemeine Belastungswerte).

Werden geburtshilflich vorbelastete Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit nicht entsprechend vorbelasteten Frauen verglichen, ergeben sich keinerlei signifikante Unterschiede im Bezug auf Depressivität, somatische Symptome und Stresserleben (siehe Tab. 11, S.97). Hypothese 1 muss deshalb verworfen werden.

Tabelle 11: Unterschiede zwischen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit und ohne geburtshilflicher Vorbelastung (geb VB) (α (korr. Bonferroni)=0.013)

Kriteriumsvariablen	Frauen mit geb VB (n=114)		Frauen ohne geb VB (n=471)		Testgröße und Signifikanzniveau t	
BDI-II	M=8.35	SD=7.65	M=8.86	SD=8.21	t=-0.61	p=.545
PHQ „Depressivität“	M=4.21	SD=3.64	M=4.53	SD=6.25	t=-0.81	p=.421
PHQ „Somatische Symptome“	M=5.67	SD=3.93	M=6.30	SD=4.10	t=-1.47	p=.141
PHQ „Stress“	M=5.86	SD=3.46	M=5.18	SD=3.34	t=1.93	p=.055

6.2.2.2 Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastungen

Hypothese 2:

Patientinnen in einer psychosomatischen Klinik mit geburtshilflicher Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen sind psychisch belasteter als Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung (höhere Depressionswerte, höhere allgemeine Belastungswerte).

Es ist vorab anzumerken, dass überprüft wurde, ob sich diese beiden Patientinnengruppen hinsichtlich des Vorliegens anderer kritischer Lebensereignisse unterscheiden, welche möglichen Unterschiede im aktuellen psychischen Befinden ebenfalls zugrunde liegen könnten („keine anderen kritischen Lebensereignisse (LE)“, „andere Verlusterfahrungen / Todesfälle“, „eigene Krankheit / Unfall“, „Trennung / Scheidung“, „Jobverlust / Mobbing und andere berufsbezogene Belastungen“, „sexuelle Übergriffe“, „mehrere verschiedene kritische LE“, „sonstige andere kritische LE“). Dies ist nach statistischer Analyse nicht der Fall ($\chi^2=11.62$, $p=0.114$).

Im Vergleich geburtshilflich vorbelasteter Patientinnen in der stationären Psychosomatik mit Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung hinsichtlich Parametern der allgemeinen psychischen Befindlichkeit lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen. Die beiden Patientinnengruppen unterscheiden sich nicht bezüglich des Ausmaßes an Depressivität, somatischen Symptomen und Stress-Erleben (siehe Tab. 12, S. 98). Hypothese 2 wird demnach verworfen.

Tabelle 12: Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit und ohne geburtshilfl-
che Vorbelastung (geb VB) (α (korr. Bonferroni)=0.013)

Kriteriumsvariablen	Patientinnen mit geb VB (n=92)	Patientinnen ohne geb VB (n=263)	Testgröße und Signifikanzniveau t
BDI-II	M=23.96 SD=12.79	M=23.17 SD=13.64	t=0.48 p=.631
PHQ „Depressivität“	M=12.03 SD=6.40	M=11.60 SD=6.25	t=0.56 p=.559
PHQ „Somatische-Symptome“	M=12.75 SD=5.88	M=12.32 SD=5.65	t=0.62 p=.538
PHQ „Stress“	M=9.96 SD=4.04	M=8.85 SD=4.10	t=2.22 p=.027

6.2.2.3 Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilfl- cher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilfl- cher Vorbelastung

Hypothese 3:

Patientinnen in einer psychosomatischen Klinik mit geburtshilfl-
cher Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder –abbrüchen sind psychisch belasteter als Frauen aus der All-
gemeinbevölkerung mit ebenso lange zurückliegender geburtshilfl-
cher Vorbelastung (allgemei-
ne und spezifische Variablen).

Bei der Gegenüberstellung von stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilfl-
cher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilfl-
cher Vorbelastung er-
geben sich bezüglich der allgemeinen psychischen Verfassung durchgängig signifikante Unter-
schiede. Diese sind Tab. 13 (S. 99) zu entnehmen.

Tabelle 13: Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung (geb VB) und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (AB) mit geb VB – allgemeines psychisches Befinden (α (korr. Bonferroni)=0.003)

Kriteriumsvariablen	Patientinnen mit geb VB (n=92)	Frauen (AB) mit geb VB (n=114)	Testgröße und Signifikanzniveau t
BDI-II	M=23.96 SD=12.79	M=8.35 SD=7.65	t=10.27 p≤0.001
PHQ „Depressivität“	M=12.03 SD=6.40	M=4.21 SD=3.64	t=10.37 p≤0.001
PHQ „Somatische Symptome“	M=12.75 SD=5.88	M=5.67 SD=3.93	t=9.87 p≤0.001
PHQ „Stress“	M=9.96 SD=4.04	M=5.86 SD=3.46	t=7.67 p≤0.001

Im Abschnitt 6.2.2.4. (S. 101) wird mittels zweifaktorieller Varianzanalyse geklärt, ob bei der Aufklärung dieser Unterschiede neben dem Faktor „Setting“ auch der Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ eine Rolle spielt.

Zusätzlich wurden diese beiden Frauengruppen im Hinblick auf spezifische Variablen, welche sich direkt auf die Verarbeitung der geburtshilflichen Vorbelastung beziehen, gegenübergestellt. Auch diesbezüglich ergaben sich einige signifikante Unterschiede in den Bereichen Bewältigung sowie Trauer im ersten Jahr nach dem Ereignis und aktuell. Diese Unterschiede werden in Tab. 14 (S. 100) aufgeführt. Die stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung berichten vermehrt von depressiven Verarbeitungsstrategien und Bagatellisierungstendenzen sowie Wunschdenken und geben zum Befragungszeitpunkt intensivere anhaltende Trauerreaktionen an. Die Trauerkomponenten Traurigkeit und schuldhaftige Verarbeitung sind stärker ausgeprägt als bei ebenfalls geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung.

Hypothese 3 kann teilweise beibehalten werden.

Tabelle 14: Unterschiede zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung (geb. VB) und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (AB) mit geb. VB – spezifische Variablen (Attributionsskalen nur für Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten), MTSb: Münchener Trauerskala, bezogen auf den Befragungszeitpunkt (α (korr. Bonferroni)=0.003)

Kriteriumsvariablen	Patientinnen mit geb. VB (n=92)		Frauen (AB) mit geb. VB (n=114)		Testgröße und Signifikanzniveau t	
Attribution „Eigene Person“	M=2.59	SD=1.36	M=1.98	SD=1.16	t=2.33	p=.022
Attribution „Stress in der Schwangerschaft“	M=2.48	SD=1.26	M=2.58	SD=1.56	t=-0.32	p=.748
Attribution „Mangelnde ärztliche Betreuung“	M=1.88	SD=1.28	M=1.45	SD=0.94	t=1.82	p=.072
Attribution „Regulativ Natur“	M=3.26	SD=1.36	M=3.40	SD=1.16	t=-0.53	p=.601
Verarbeitung „Depressive Verarbeitung“	M=2.94	SD=1.16	M=2.41	SD=1.30	t=3.05	p=.003
Verarbeitung „Aktiv, problemorientiert“	M=2.63	SD=1.10	M=2.93	SD=1.33	t=-1.74	p=.083
Verarbeitung „Ablenkung & Selbstaufbau“	M=2.72	SD=0.96	M=2.96	SD=1.19	t=-1.59	p=.113
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	M=3.01	SD=1.34	M=2.27	SD=1.30	t=3.97	p≤0.001
MTSb „Traurigkeit“	M=2.32	SD=1.19	M=1.57	SD=0.76	t=5.17	p≤0.001
MTSb „Verlustangst“	M=1.93	SD=1.02	M=1.67	SD=0.88	t=1.91	p=.057
MTSb „Schuldhafte Verarbeitung“	M=1.82	SD=1.03	M=1.29	SD=0.53	t=4.43	p≤0.001
MTSb „Ärger“	M=1.82	SD=0.91	M=1.48	SD=0.76	t=2.87	p=.005
MTSb „Sinnsuche“	M=2.54	SD=1.16	M=2.57	SD=1.23	t=-0.15	p=.884
IES-R „Intrusionen“	M=12.09	SD=11.34	M=8.21	SD=9.23	t=2.62	p=.010
IES-R „Vermeidung“	M=13.81	SD=11.30	M=11.57	SD=10.43	t=1.46	p=.146
IES-R „Übererregung“	M=6.78	SD=7.93	M=4.50	SD=5.84	t=2.28	p=.024

6.2.2.4 Zweifaktorielle Gesamtbetrachtung der Faktoren „Setting“ und „Geburtshilfliche Vorbelastung“

Im Hinblick auf die Angaben zur allgemeinen Befindlichkeit wurde zusätzlich eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, um die Anteile der beiden Faktoren „Setting“ (Faktor 1) und „Geburtshilfliche Vorbelastung“ (Faktor 2) an der Aufklärung der Varianzen der abhängigen Variablen (Depressivität, somatische Symptome, Stress) aufzuklären. Faktor 1 geht als zweistufiger Faktor mit den Ausprägungen „Ambulant“ und „Stationär“ in die Berechnungen ein, Faktor 2 ebenfalls als zweistufiger Faktor mit den Ausprägungen „Keine geburtshilfliche Vorbelastung“ und „Geburtshilfliche Vorbelastung“.

Auf die 2x5-faktorielle Betrachtung mit dem Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ als vierstufigem Faktor mit den Ausprägungen „Keine Vorbelastung“, „Schwangerschaftsverlust“, „Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation“ und „Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung“ und „Multiple Vorbelastungen“ musste aufgrund des nicht aufgeklärten hohen Anteils an medizinisch indizierten Abbrüchen im ambulanten Setting verzichtet werden.

Bei beiden Parametern zur Abbildung möglicher Depressivität – BDI-II-Summenwert und PHQ-Skalen-Summenwert – sind die bestehenden Gruppenunterschiede alle signifikant auf den Faktor „Setting“ zurückzuführen. Der Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ ist diesbezüglich nicht relevant. Interaktionseffekte gibt es nicht. Gleiches gilt für die Ausprägung somatischer Symptome (PHQ). Lediglich im Bezug auf die PHQ-Skala „Stress“ spielt der Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ neben dem Faktor „Setting“ eine weiter aufklärende Rolle. Ein Interaktionseffekt liegt nicht vor. Diese Ergebnisse sind in Tab. 15 dargestellt. Es ist zu sehen, dass beide Faktoren nur einen geringen Anteil der Varianz in der abhängigen Variable „Stress“ aufklären. Der Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ spielt mit einem Aufklärungsanteil von circa 1% eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 15: Ergebnisse der 2x2 faktoriellen Varianzanalyse (Faktor 1: Setting, Faktor 2: geburtshilfliche Vorbelastung (geb VB), abhängige Variable: PHQ Stress)

Setting	Keine geb VB (n=723)	Geb VB (n=203)	Haupteffekt Setting	Haupteffekt geb VB	Interaktion
Ambulant (n=578)	M=5.18 SD=3.34	M=5.86 SD=3.46	F=174.67 p≤0.001	F=9.26 p=.002	F=0.53 p=.468
Stationär (n=348)	M=8.85 SD=4.10	M=9.96 SD=4.04	Eta ² =.159	Eta ² =.010	Eta ² =.001

6.2.2.5 Zusammenfassung der gruppenvergleichenden Berechnungen

Geburtshilflich vorbelastete Frauen aus der Allgemeinbevölkerung unterscheiden sich von diesbezüglich nicht vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung nicht hinsichtlich Depressivität, somatischen Symptomen und Stresserleben. Hypothese 1 wird verworfen.

Patientinnen in der stationären Psychosomatik mit geburtshilflicher Vorbelastung und Patientinnen ohne geburtshilfliche Vorbelastung unterscheiden sich ebenso nicht bezüglich Depressivität, somatischen Symptomen und Stresserleben. Hypothese 2 wird demnach ebenfalls verworfen.

Beim Vergleich von stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung zeigen sich durchgängig signifikante Unterschiede im Hinblick auf Depressivität, somatische Symptome und Stresserleben.

Diese beiden Untersuchungsgruppen weisen auch signifikante Unterschiede im Bezug auf Variablen zum Umgang mit und zur Verarbeitung von zurückliegenden Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen auf. Geburtshilflich vorbelastete Frauen, die sich in stationärer psychosomatischer Behandlung befinden, berichten vermehrt von depressiven Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierungstendenzen und Wunschdenken und geben intensivere Trauerreaktionen an. „Traurigkeit“ und „Schuldhafte Verarbeitung“ werden zum Befragungszeitpunkt als stärker ausgeprägt angegeben als bei ebenfalls geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Hypothese 3 kann in Teilen beibehalten werden, muss jedoch weiter spezifiziert werden.

6.2.3 Zusammenhänge: regressionsanalytische Berechnungen zu möglichen Indikatoren und Prädiktoren anhaltender Belastung

Nach der Überprüfung möglicher Gruppenunterschiede je nach Setting und dem Vorliegen oder Fehlen einer geburtshilflichen Vorbelastung erfolgten regressionsanalytische Berechnungen, mit denen differenziertere Informationen bezüglich des Einflusses weiterer Variablen gewonnen werden. Sie sollen Hinweise darauf liefern, welche Faktoren zu einer anhaltenden psychischen Belastung durch geburtshilfliche Vorbelastungen führen können.

Hypothese 4:

Das Ausmaß der psychischen Belastungen (allgemeine Belastungswerte, Depression und posttraumatische Symptomatik) der betroffenen Patientinnen ist abhängig ...

a. vom Alter der Frau zum Zeitpunkt der (schwierigsten) Vorbelastung.

- b. von der Zeitdauer, die seit dem Verlust / Abbruch vergangen ist.
- c. von der Anzahl der zurückliegenden Vorbelastungen.
- d. von der Schwangerschaftswoche, in welcher sich der Verlust / Abbruch ereignete.
- e. von der Art der geburtshilflichen Vorbelastung.
- f. bei Schwangerschaftsverlusten zusätzlich von den erinnerten Attributionsmustern.
- g. von den erinnerten Verarbeitungsstrategien.
- h. von den erinnerten Trauersymptomen im ersten Jahr nach dem Ereignis.

6.2.3.1 Reduktion der Prädiktoren und Indikatoren mittels schrittweiser Regressionsanalysen

Die Durchführung schrittweiser multipler Regressionsanalysen getrennt für jedes der sieben Kriterien (siehe Abb. **15**, S. 92) ergab, dass folgende Variablen bei mindestens zwei Kriterien einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung liefern und somit in die weiteren Berechnungen eingehen: Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Bereits hier lässt sich feststellen, dass alle weiteren Prädiktoren / Indikatoren keine relevanten Beiträge zur Varianzaufklärung der Kriterien liefern. Lediglich die MTS-Skala „Schuld“ wird bei der schrittweisen Regression bezüglich des Kriteriums IES-R „Intrusion“ berücksichtigt, spielt jedoch für alle anderen Kriterien keine Rolle. Da es sich um einen möglichen Zufallsbefund handeln kann, wird die entsprechende Variable nicht in die weiteren Berechnungen aufgenommen.

Weil Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung keine Angaben zu den Attributionsmustern machten, wird diese Untergruppe der Betroffenen bei der folgenden Modellbildung nicht berücksichtigt.

6.2.3.2 Darstellung der regressionsanalytischen Modelle (blockwise)

Die durchgeführten multiplen Regressionsanalysen zeigen, dass für die Varianzaufklärung der Kriterien „Depression“ (BDI-II) sowie „Depressivität“ (PHQ), „Somatische Symptome“ (PHQ), und „Stress“ (PHQ) die Ausprägung auf der Skala Attribution „Merkmale der eigenen Person“ den besten und alleinigen Indikator darstellt. Die beiden anderen Variablen (Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“) liefern keine weiteren relevanten Informationen. Die Modellparameter können den Tab. **16** bis **19** (S. 104 bis 107) entnommen werden.

In Tab. 16 und der entsprechenden Regressionsgleichung ist ersichtlich, dass von den untersuchten Prädiktoren und Indikatoren insbesondere die Variable „Attribution auf die eigene Person“ das Ausmaß der aktuellen Depressivität, gemessen mit dem BDI-II (Hautzinger et al., 2009), aufklären kann. Hohe Werte auf der Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“ - retrospektiv eingeschätzt für das erste Jahr nach dem Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation - gehen mit höheren Werten im BDI-II (Hautzinger et al., 2009) einher. Insgesamt erklärt das ausgewählte Modell knapp ein Drittel der vorhandenen Varianz (31%) der Variable „Depressivität“. Die Attributionsskala „Regulativ Natur“ und die Verarbeitungsskala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ spielen bei der Varianzaufklärung eine nebengeordnete Rolle.

Tabelle 16: multiple Regression von „Depression“ (BDI-II) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.559	5.53	.55	.31	3.80	$p \leq .001$
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.152	-0.07	-.01	.00	-0.05	$p = .958$
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.284	0.14	.01	.00	0.09	$p = .929$
Konstante:				9.51				

Gesamt: $F = 6.53$, $df = 3/43$, $p = .001$

$R^2 = .31$ ($R = .56$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 9.51 + 5.53 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 0.07 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 0.14 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Tab. 17 kann eine ähnliche Sachlage hinsichtlich der Kriteriumsvariable „Depressivität“, gemessen mit dem PHQ (Löwe et al., 2002), entnommen werden. Auch in Bezug auf diese Variable liefert die Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“ den größten Anteil an der Varianzaufklärung. Auch bei dieser Operationalisierung der Depressivität gehen hohe Werte in der Indikatorvariable „Attribution auf Merkmale der eigenen Person“ (bezogen auf das erste Jahr nach der geburtshilflichen Vorbelastung) mit hohen Werten in der Kriteriumsvariable einher. Die Vorhersagekraft des Modells liegt etwas unter der des vorher beschriebenen: die Varianzaufklärung beläuft sich auf 25%. Die Attributionsskala „Regulativ Natur“ und die Verarbeitungsskala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ liefern hier ebenfalls untergeordnete Beiträge.

Tabelle 17: multiple Regression von „Depressivität“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.460	1.75	.36	.21	2.39	p=.021
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.108	0.36	.08	.00	0.53	p=.600
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.391	1.22	.24	.04	1.55	p=.129
Konstante:				2.34				

Gesamt: $F = 4.87$, $df = 3/43$, $p = .005$

$R^2 = .25$ ($R = .50$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 2.34 + 1.75 \text{ Attribution „Eigene Person“} + 0.36 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 1.22 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Der Regressionsgleichung in Tab. 18 lässt sich eine ähnliche Rangfolge im Beitrag der Varianzaufklärung hinsichtlich der Kriteriumsvariable „Somatische Symptome“, gemessen mit den PHQ (Löwe et al., 2002), entnehmen. Während die Gesamtaufklärung der Varianz etwas geringer ausfällt ($R^2=.17$), liegt die Hauptvorhersagekraft auch hier bei der Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“. Eine ausgeprägte rückblickende Einschätzung dieses dysfunktionalen Attributionsmusters geht mit einem größeren Umfang somatischer Symptome zum Zeitpunkt der Aufnahme einer stationären Psychotherapie einher. Die weiteren in das Modell aufgenommen Indikatoren liefern keine signifikanten Beiträge zur Varianzaufklärung.

Tabelle 18: multiple Regression von „somatische Symptome“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.400	1.62	.33	.16	2.10	p=.042
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.145	-0.05	-.01	.00	-0.07	p=.943
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.296	0.65	.13	.01	0.78	p=.440
Konstante:				6.94				

Gesamt: $F= 3.01$, $df=3/43$, $p=.040$

$R^2=.17$ ($R=.42$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 6.94 + 1.62 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 0.05 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 0.13 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Bei Betrachtung der Regressionsgleichung bezüglich der Kriteriumsvariable „Stress“, gemessen mit dem PHQ (Löwe et al., 2002) (siehe Tab. 19) zeigt sich das sich wiederholende Muster erneut. Bei einer Gesamtvarianzaufklärung von knapp 30% ($R^2=.29$) erweist sich ebenfalls die Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“ als Variable mit dem höchsten Anteil an der Varianzaufklärung. Eine ausgeprägte Attribution auf „Merkmale der eigenen Person“ in der Folge des Schwangerschaftsverlustes oder Schwangerschaftsabbruchs bei medizinischer Indikation geht mit einem höheren subjektiven Stressniveau bei Aufnahme in eine stationäre Klinik einher. Die Aufklärungsanteile der Variablen Attribution auf das „Regulativ Natur“ und Verarbeitung im Sinne von „Bagatellisierung und Wunschdenken“ liefern geringere, nicht signifikante Beiträge zur Varianzaufklärung.

Tabelle 19: multiple Regression von „Stress“ (PHQ) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.532	1.47	.52	.28	3.50	p=.001
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.222	-0.28	-.10	.01	-0.70	p=.489
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.269	-0.05	-.02	.00	-0.12	p=.909
Konstante:				6.64				

Gesamt: $F= 5.88$, $df=3/43$, $p=.002$

$R^2=.29$ ($R=.54$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 6.64 + 1.47 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 0.28 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} - 0.05 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Bei regressionsanalytischen Berechnungen hinsichtlich der IES-R-Kriterien „Intrusionen“, „Übererregung“ und „Vermeidung“ liefern fast durchgängig alle drei in die Analysen aufgenommenen Prädiktor- bzw. Indikatorvariablen relevante Aufklärungsanteile (siehe Tab. 20 bis 22, S. 108 bis 110).

Im Hinblick auf die Kriteriumsvariable „Intrusionen“ (gemessen mit der IES-R, Maercker & Schützwohl, 1998) liegt die Gesamtvarianzaufklärung bei knapp 60% ($R^2=.59$) (siehe Tab. 20). Die beiden Attributionsskalen („Merkmale der eigenen Person“ und „Regulativ Natur“) liefern jeweils hochsignifikante Beiträge ($t=3.17$, $p=.003$ bzw. $t=-3.56$, $p=.001$). Während hohe Werte auf der Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“ mit hohen Ausprägungen auf der Intrusionsskala einhergehen, verhält es sich mit der Attributionsskala „Regulativ Natur“ und der Intrusionsskala gegenläufig. Dieser Unterschied in den Zusammenhängen ist als inhaltlich sinnvoll anzusehen. Auch das gleichgerichtete Kovariieren zwischen der dysfunktionalen Verarbeitungsskala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ($t=2.44$, $p=.019$) und der Kriteriumsvariablen ist inhaltlich sinnvoll.

Tabelle 20: multiple Regression von „Intrusion“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ ($n=47$)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.588	2.97	.35	.35	3.17	$p=.003$
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.572	-3.13	-.38	.19	-3.56	$p=.001$
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.598	2.46	-.29	.06	2.44	$p=.019$
Konstante:				5.77				

Gesamt: $F=20.87$, $df=3/43$, $p\leq.001$

$R^2=.59$ ($R=.77$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 5.77 + 2.97 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 3.13 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 2.46 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Bezüglich der Kriteriumsvariable „Vermeidung“ (gemessen mit der IES-R, Maercker & Schützwohl, 1998) konnte unter Einbeziehung der genannten Prädiktor- bzw. Indikatorvariablen eine Varianzaufklärung von 57% erzielt werden. Den größten Anteil an der Aufklärung der Varianz liefert bei diesem Modell die Verarbeitungsskala „Bagatellisierung und Wunschdenken“, was sich auch Tab. 21 entnehmen lässt. Einen ebenfalls signifikanten Beitrag leistet die Attributionskala „Merkmale der eigenen Person“, während die weitere Attributionsvariable („Regulativ Natur“) das Signifikanzniveau bei diesem Modell verfehlt. Das Modell zeigt auf, dass hohe Werte in den retrospektiv eingeschätzten dysfunktionalen Attributions- und Verarbeitungsprozessen mit höheren Ausprägungen in der Kriteriumsvariable „Vermeidung“ im Rahmen einer posttraumatischen Symptomatik einhergehen.

Tabelle 21: multiple Regression von „Vermeidung“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.563	2.28	.28	.32	2.45	p=.018
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.422	-1.33	-.16	.08	-1.51	p=.137
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.692	4.13	.49	.17	4.11	p≤.001
Konstante:				-1.24				

Gesamt: F= 18.95, df=3/43, p≤.001

$R^2=.57$ (R=.76)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = -1.24 + 2.28 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 1.33 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 4.13 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Tab. 22 zeigt auf, dass bei der Varianzaufklärung der Kriteriumsvariablen „Übererregung“ (gemessen mit der IES-R, Maercker & Schützwohl, 1998) im Sinne einer posttraumatischen Symptomatik alle drei berücksichtigten Indikatoren einen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten. Während die Attributionsskala „Regulativ Natur“ über die gegengerichtete Kovariation den größten Anteil beiträgt, liefern die Attributionsskala „Merkmale der eigenen Person“ und die Verarbeitungsskala „Bagatellisierung und Wunschdenken“ über ihre gleichgerichtete Kovariation mit dem Kriterium ebenfalls signifikante Beiträge. Insgesamt lässt sich mit dem ausgewählten Modell eine Varianzaufklärung von 55% erreichen.

Tabelle 22: multiple Regression von „Übererregung“ (IES-R) auf Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (n=47)

Prädiktoren	M	SD	r	b	β	R^2_{chg}	t	p
Attribution „Eigene Person“	2.63	1.35	.519	1.72	.28	.27	2.38	p=.022
Attribution „Regulativ Natur“	3.22	1.36	-.590	-2.54	-.42	.23	-3.74	p=.001
Verarbeitung „Bagatellisierung & Wunschdenken“	2.94	1.31	.568	1.74	.28	.05	2.24	p=.031
Konstante:				5.16				

Gesamt: $F = 17.32$, $df=3/43$, $p \leq .001$

$R^2 = .55$ ($R = .74$)

Regressionsgleichung / akzeptiertes Modell:

$Y' = 5.16 + 1.72 \text{ Attribution „Eigene Person“} - 2.54 \text{ Attribution „Regulativ Natur“} + 1.74 \text{ Verarbeitung „Bagatellisierung \& Wunschdenken“}$

Hypothese 4 konnte anhand der vorliegenden Daten demnach nur für stationär psychosomatische Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten oder Abbrüchen bei medizinischer Indikation geprüft werden, nicht jedoch für Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung.

Sämtliche soziodemographischen und geburtshilflichen Variablen wie z.B. Alter der Betroffenen oder Schwangerschaftswoche bei der Verlusterfahrung spielen entgegengesetzt der auf der vorangegangenen Literaturrecherche basierenden Erwartungen und Hypothesen nach den vorliegenden Ergebnissen bei der Varianzaufklärung keine Rolle. Ebenso wenig erinnerte Trauerprozesse im Jahr nach der Verlusterfahrung.

Jedoch drei der geprüften Prädiktoren und Indikatoren aus dem psychischen Bereich liefern relevante Beiträge zur Varianzaufklärung hinsichtlich des derzeitigen psychischen Befindens. Diese drei Variablen stehen alle im Zusammenhang mit Attributionsmustern und Verarbeitungsstrategien: Attribution „Eigene Person“, Attribution „Regulativ Natur“ und Verarbeitung „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Während für das allgemeine aktuelle psychische Befinden hohe Werte auf der Skala Attribution auf „Merkmale der eigenen Person“ den wichtigsten der getesteten Indikatoren darstellt, spielen bei der Aufklärung von Symptomen aus dem posttraumatischen Bereich alle genannten Variablen eine Rolle.

Hypothese 4 kann demnach für die Aspekte Attribution und Verarbeitung beibehalten werden. Für die anderen angenommenen Einflussvariablen soziodemographischer und geburtshilflicher Art sowie für erinnerte Trauersymptome ist sie zu verwerfen.

6.2.3.3 Zusammenfassung der regressionsanalytischen Berechnungen

Die regressionsanalytischen Berechnungen an den vorliegenden Stichproben zeigen, dass nur einige wenige der theoretisch möglichen Prädiktoren und Indikatoren zur Varianzaufklärung der aktuellen psychischen Verfassung von stationär psychosomatischen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen bei medizinischer Indikation beitragen. Für die Aufklärung der Varianz von Depressivität, somatischen Symptome und Stresserleben stellt die Variable Attribution der Verlusterfahrung auf „Merkmale der eigenen Person“ den besten und alleinigen relevanten Indikator dar. Für die Varianzaufklärung möglicher posttraumatischer Symptomatik liefern folgende Variablen relevante Erklärungsanteile: Attribution auf „Merkmale der eigenen Person“, Attribution auf das „Regulativ Natur“ und Verarbeitung mittels „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Soziodemographische Variablen wie das Alter der Frau und geburtshilfliche Variablen wie die Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt des Ereignisses lieferten keine relevanten Beiträge. Hypothese 4 wird eingeschränkt beibehalten für Indikatoren aus den psychischen Bereichen Attribution und Verarbeitung. Sie wird verworfen für alle geprüften Prädiktor- bzw. Indikatorvariablen aus dem soziodemographischen sowie dem geburtshilflichen Bereich und für erinnerte Trauerprozesse.

6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Hauptuntersuchung

Die beiden in der Hauptstudie untersuchten Stichproben umfassten 440 Patientinnen einer psychosomatischen Klinik und 921 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung, welche über Berliner Frauenarztpraxen rekrutiert wurden. Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale bestanden einige signifikante Unterschiede: unter anderem waren die stationären Patientinnen zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich drei Jahre älter, sie hatten zum Befragungszeitpunkt seltener

einen festen Partner, ein geringerer Anteil von ihnen war im Vorfeld der Untersuchung bereits schwanger gewesen und es lag eine geringere durchschnittliche Schwangerschafts- und Kinderanzahl vor.

Obwohl der Anteil der Frauen, die vor dem Befragungszeitpunkt jemals schwanger gewesen waren, in der stationären Psychosomatik geringer ausfiel als bei Frauen aus der Allgemeinbevölkerung, war der Anteil der geburtshilflich vorbelasteten Frauen in beiden Untersuchungsgruppen fast identisch und lag ambulant bei 26.0% bzw. stationär bei 26.4%.

Die unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Vorbelastung sind in den beiden Stichproben unterschiedlich häufig vertreten: in der ambulante Stichprobe liegt der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation signifikant höher als in der stationären Stichprobe.

In beiden Stichproben liegen die geburtshilflichen Vorbelastungen durchschnittlich 20 Jahre zurück und ereigneten sich im Mittel in der elften Schwangerschaftswoche.

Im Screening-Fragebogen gaben 31.3% der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik an, dadurch anhaltend psychisch belastet zu sein. In der ambulanten Vergleichsgruppe lag dieser Anteil der anhaltend psychisch belasteten betroffenen Frauen dagegen bei 11.1%. Auch das Ausmaß der subjektiven Belastung wird von den Betroffenen in der stationären Psychosomatik höher eingeschätzt als von den betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung.

Zur Prüfung möglicher Gruppenunterschiede im aktuellen psychischen Befinden wurden die beiden Untersuchungsgruppen jeweils nach dem Faktor „Setting“ (ambulant vs. stationär) und nach dem Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ (geburtshilfliche Vorbelastung vs. keine geburtshilfliche Vorbelastung) aufgeteilt und einander gegenüber gestellt.

Hinsichtlich der hypothesenprüfenden Gruppenvergleiche ergaben sich folgende Ergebnisse:

Vergleich von Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (Hypothese 1):

Bezüglich Depressivität, somatischen Symptomen und Stresserleben gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung und diesbezüglich nicht vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Hypothese 1 kann nicht beibehalten werden.

Vergleich von Patientinnen in der stationären Psychosomatik mit versus ohne geburtshilfliche Vorbelastung (Hypothese 2):

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden stationären Untergruppen hinsichtlich des allgemeinen psychischen Befindens (Depressivität, somatische Symptome, Stress) konnten nicht gefunden werden. Hypothese 2 wird demnach verworfen.

Vergleich von Patientinnen aus der stationären Psychosomatik mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung (Hypothese 3):

Es zeigen sich durchgängig signifikante Unterschiede im Hinblick auf Depressivität, somatische Symptome und Stresserleben. Die Ergebnisse der zusätzlich durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigen, dass diese Unterschiede kaum durch den Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ erklärt werden. Der Faktor „Setting“ liefert einen deutlich größeren Beitrag. Darüber hinaus bestehen signifikante Unterschiede im Bezug auf Variablen die sich direkt auf den Umgang mit den zurückliegenden Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen beziehen. Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen in der stationären Psychosomatik attribuieren zurückliegende Schwangerschaftsverluste vermehrt auf „Merkmale der eigenen Person“. Sie geben zudem verstärkt dysfunktionale Verarbeitungsmuster wie „Depressive Verarbeitung“ und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ an und berichten von intensiveren Trauerreaktionen. Zum Befragungszeitpunkt werden diesbezüglich „Traurigkeit“ und „Schuldhafte Verarbeitung“ als stärker ausgeprägt angegeben als bei geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Hypothese 3 wird beibehalten, bedarf aber weiterer Spezifizierung.

Die regressionsanalytischen Berechnungen an der Stichprobe der stationär psychosomatischen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung ergeben, dass nur wenige der bisher in der Literatur diskutierten und in Hypothese 4 aufgenommenen Prädiktoren und Indikatoren zur Aufklärung des aktuellen psychischen Befindens der betroffenen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen bei medizinischer Indikation beitragen. Für die Aufklärung von Unterschieden im allgemeinen psychischen Befinden (Depressivität, somatische Symptome, Stress), liefert der Indikator Attribution auf „Merkmale der eigenen Person“ den einzigen relevanten Beitrag. Bezüglich der Varianzaufklärung von posttraumatischen Symptomen stellen folgende Variablen relevante Indikatoren dar: Attribution auf „Merkmale der eigenen Person“, Attribution auf das „Regulativ Natur“ und Verarbeitung mittels „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Sämtliche soziodemographischen und geburtshilflichen Variablen lieferten bei den vorliegenden Berechnungen keine relevanten Beiträge. Hypothese 4 wird eingeschränkt auf die geprüften psychologischen Indikatoren mit Ausnahme von erinnerten Trauerprozessen beibehalten.

7 Diskussion der Ergebnisse

7.1 Geburtshilfliche Vorbelastungen in der stationären Psychosomatik – Übersicht (Vorstudie 1)

Die erste Vorstudie diente dem Zweck der Prüfung, ob das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ relevant ist für die stationäre Psychotherapie. Nachdem bisher keine Studien vorliegen, welche dezidiert die Häufigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen und möglicherweise assoziierte psychische Auffälligkeiten bei betroffenen Patientinnen in der stationären Psychosomatik untersuchen, sollte zunächst eine Sondierung des Feldes erfolgen.

Es sollte erfasst werden, wie hoch der Anteil von geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik ist und ob die betroffenen Patientinnen sich durch ihre zurückliegenden geburtshilflichen Vorbelastungen zum Zeitpunkt ihrer stationären Psychotherapie überhaupt psychisch belastet fühlen. Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Art der geburtshilflichen Vorbelastung (Schwangerschaftsverlust versus Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung) das Ausmaß der möglicherweise anhaltenden psychischen Belastung beeinflusst. Zudem wurde die Untergruppe der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen mit subjektiv anhaltender psychischer Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung genauer hinsichtlich ihres aktuellen psychischen Befindens untersucht, um eventuelle Besonderheiten abzubilden.

Dem übergeordnet wurde eine Klärung angestrebt, ob weiterführende Untersuchungen zu dieser Thematik im Setting der stationären Psychosomatik vertretbar und gerechtfertigt sind und welche Schwerpunkte dabei gelegt werden sollten.

Dazu wurden insgesamt 117 stationär psychosomatische Patientinnen mittels Fragebogenuntersuchung befragt. Die 21 Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung wurden zusätzlich mittels standardisierter Verfahren interviewt. Neben einem Screeninginstrument zur Soziodemographie und zur geburtshilflichen Anamnese kamen das Beck-Depressionsinventar (BDI, Hautzinger et al., 1995) sowie die Symptom Checklist (SCL-90-R, Franke, 2002) zum Einsatz. Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen wurden mittels standardisiertem Interview befragt. Dieses enthielt unter anderem auch zwei Instrumente zur Erfassung von Attributionsmustern und Bewältigungsstrategien nach einem Schwangerschaftsverlust (Bergner et al., 2008).

Insgesamt berichteten 18% der Patientinnen in der psychosomatischen Klinik von mindestens einer geburtshilflichen Vorbelastung in Form eines Schwangerschaftsverlustes oder -abbruchs. Damit war knapp jede fünfte Patientin davon betroffen. Obwohl die Schwangerschaftsverluste und -abbrüche durchschnittlich bereits gut 16 Jahre zurücklagen, sah ein Drittel der betroffenen Patientinnen subjektiv einen Zusammenhang zu den aktuellen psychischen Beschwerden, wel-

che den Klinikaufenthalt notwendig machten. Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung schätzten ihre anhaltende psychische Belastung durch das Ereignis höher ein als Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten.

Demnach weisen Patientinnen in der stationären Psychosomatik nicht häufiger zurückliegende Schwangerschaftsverluste oder Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung auf als Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (siehe Abschnitte 2.1.1.3., S. 17, 2.1.2., S. 19 und 2.1.3., S. 20). Dass jedoch ein Drittel der betroffenen Patientinnen auch 16 Jahre nach dem Ereignis eine anhaltende psychische Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung angibt, spricht dafür, dass ein nicht geringer Anteil der betroffenen Frauen in der Retrospektive langwierige psychische Beeinträchtigungen durch die geburtshilfliche Vorbelastung wahrnimmt. Dies führt zu dem Schluss, dass nicht wenige der Patientinnen in der stationären psychosomatischen Versorgung eine emotional und psychisch nicht abgeschlossene geburtshilfliche Vorerfahrung mitbringen. Die Tatsache, dass Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung ihre anhaltende psychische Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung durchschnittlich sogar höher einschätzen als Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten deutet an, dass sich ein zurückliegender Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung in der untersuchten Stichprobe häufig nicht als Lösung eines Problems, welche Erleichterung mit sich bringt (siehe Abschnitt 2.2.2.3.1., S. 44, u.a. Faure & Loxton (2003), Lowenstein et al. (2006), Major et al. (2000, 2009) und Sit et al. (2007)), herausstellte.

Bezüglich der Verteilung der verschiedenen psychiatrischen Erstdiagnosen ließen sich zwischen geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen und diesbezüglich nicht vorbelasteten Patientinnen kaum Unterschiede feststellen. Lediglich der Anteil an Patientinnen mit somatoformen Störungen war unter den geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen höher. Zudem wiesen Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung bei der stationären Aufnahme durchschnittlich höhere Depressionswerte und höhere Ängstlichkeitswerte auf. Ob es sich bei diesen Unterschieden um Zufallsbefunde handelt, sollte an einer größeren Stichprobe überprüft werden.

Die geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen fielen auf durch die Angabe dysfunktionaler Bewältigungsmuster wie „Depressive Verarbeitung“ sowie „Bagatellisierung und Wunschdenken“. Ein depressives Verarbeitungsmuster ist nach Bergner et al. (2008) gekennzeichnet durch Schuldzuweisungen an sich selbst und an das Schicksal sowie durch Grübeln, Gereiztheit, Gefühle von Wertlosigkeit und sozialen Rückzug. Bei einer Bagatellisierung oder Verleugnung des Verlustes wird eine vollständige Verarbeitung dessen unmöglich. Damit unterschieden sich die Probandinnen der vorliegenden Untersuchung deutlich von einer Stichprobe aus 342 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung, welche wenige Wochen nach einer Fehlgeburt zu ihren Bewältigungsmustern befragt wurden (2008). Diese setzten vermehrt die adaptiven Strategien „Aktives, problemorientiertes Coping“ sowie „Ablenkung und Selbstaufbau“ ein. Frauen mit aktivem, pro-

blemorientiertem Bewältigungsmuster suchen Informationen und ärztlichen Rat. Darüber hinaus versuchen sie, dem Verlust einen Sinn zu geben. Ablenkung und Selbstaufbau wird über die Unterstützung von anderen Personen sowie durch das Suchen von Erfolgen und Bestätigung angestrebt.

Warum die Patientinnen in der stationären psychosomatischen Versorgung circa 16 Jahre nach dem belastenden Ereignis verstärkt von dysfunktionalen Verarbeitungsstrategien berichteten, kann aus der Vorstudie 1 nicht abschließend entnommen werden.

Einerseits könnte es sein, dass bei ihnen bereits vor der Verlusterfahrung eine psychische Störung vorgelegen hat, welche den Einsatz funktionaler Bewältigungsmuster erschwerte. Andererseits wäre es möglich, dass sich bei ihnen in der Folge des Verlustereignisses eine psychische Störung entwickelt hat, welche in Wechselwirkung stand mit dysfunktionalen Verarbeitungsmustern. Eine dritte Möglichkeit wäre, dass diese Frauen erst mit zeitlichem Abstand zur geburtshilflichen Belastung (und möglicherweise unabhängig davon) eine psychische Störung entwickelten, welche mittlerweile dazu führt, dass die damals eingesetzten Strategien anders erinnert werden (zum Beispiel im Sinne einer depressiven Verzerrung des Gedächtnisabrufs vor dem Hintergrund der depressiven Triade nach Beck (Beck et al., 1992).

Bezogen auf Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung und Depressionen stellen Suri et al. (2004) vier mögliche Konstellationen zusammen: 1. die betreffende Frau war bereits vor ihrer Schwangerschaft depressiv und entscheidet sich dann in ihrem depressiven Zustand für den Abbruch, 2. sie ist bereits vorher depressiv, will die Schwangerschaft eigentlich austragen, entscheidet sich aber wegen eventueller Nebenwirkungen der Antidepressiva gegen das Kind, 3. der betreuende Arzt rät ihr wegen dieser Nebenwirkungen zu einem Abbruch, oder 4. sie wurde nach dem Schwangerschaftsabbruch depressiv.

Patientinnen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung, welche sich subjektiv als anhaltend psychisch belasteter erlebten als Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten, wiesen BDI-Werte auf, welche deutlich höher lagen als die von Patientinnen ohne geburtshilfliche Belastung oder von Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten. Frauen mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung schienen diesbezüglich belasteter, wenn auch nicht in statistisch signifikantem Ausmaß bei Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur. Auffällig in den Interviews mit diesen Frauen war dennoch, dass viele von ihnen berichteten, die Abbrüche seien nicht aus freien Stücken durchgeführt worden. Einige Frauen berichteten unter anderem Folgendes: „... mein Mann wollte das Kind nicht.“, „... er hätte mich sonst verlassen.“, „... die in der Klinik haben mich da hingeschickt; die haben gesagt, ich könnte jetzt kein Kind bekommen.“ (Zitate).

Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen mit subjektiv hoher anhaltender psychischer Belastung durch die geburtshilfliche Vorerfahrung unterschieden sich hinsichtlich einiger psychometrischer

Charakteristika signifikant von denen, bei welchen subjektiv keine entsprechende Belastung (mehr) vorhanden war. Sowohl das dysfunktionale Attributionsmuster auf „Merkmale der eigenen Person“ als auch die dysfunktionale Verarbeitungsstrategie „Depressive Verarbeitung“ wurden vermehrt eingesetzt. Zusätzlich lagen bei der Aufnahme in die Klinik annähernd maximale BDI-Werte und Auffälligkeiten bezüglich der SCL-90-R-Skalen „Phobische Angst“ und „Entfremdungserleben“ vor.

In der Gruppe der Frauen mit anhaltender psychischer Belastung befanden sich deutlich jüngere Frauen als in der Gruppe ohne aktuelle psychische Belastung durch Verlusterfahrungen und ihre Schwangerschaftsverluste beziehungsweise –abbrüche lagen auch weniger lange zurück. Neben dem Zeitfaktor scheint aber auch eine bestehende Elternschaft beziehungsweise Kinderlosigkeit das Andauern von psychischen Folgeerscheinungen zu beeinflussen. Der Anteil Kinderloser ist in der Gruppe von Frauen mit anhaltender Belastung deutlich höher. Eine Verlusterfahrung, die Kinderlosigkeit nach sich zieht, scheint die Gefahr anhaltender psychischer Belastung durch Beeinträchtigung des Selbstbildes und Einschränkung der Lebensplanung deutlich zu erhöhen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass ein nicht geringer Anteil der Patientinnen in der stationär psychosomatischen Behandlung eine belastete geburtshilfliche Anamnese aufweist. Abgesehen von den in der Literatur dargelegten kurz- bis mittelfristigen psychischen Beeinträchtigungen, welche nach Schwangerschaftsverlusten auftreten können, zeigte sich in den Ergebnissen der vorliegenden Voruntersuchung im subjektiven Empfinden eines Teils der betroffenen Patientinnen auch Jahre nach dem Verlust beziehungsweise Abbruch noch eine seelische Belastung durch diesen, welche auch durch erhöhte psychometrische Werte bezüglich Depressivität und Ängstlichkeit objektivierbar war. Vor diesem Hintergrund scheinen weitere, umfassendere Untersuchungen gerechtfertigt. Das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ kann bei den betroffenen Frauen ein relevantes, wichtiges Thema für die aktuelle stationäre Psychotherapie sein.

7.2 Bisherige Beachtung von geburtshilflichen Vorbelastungen in der stationären Psychotherapie (Vorstudie 2)

Zur Überprüfung, in welchem Ausmaß das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ bisher in der Psychotherapie berücksichtigt wird, wurde im Rahmen der Vorstudie 2 eine fragebogenbasierte Therapeutenbefragung durchgeführt. Diese erfolgte sowohl in der stationären Psychosomatik als auch im ambulanten psychotherapeutischen Setting.

Insgesamt fragt etwa die Hälfte der Therapeuten explizit nach geburtshilflichen Vorbelastungen in Form von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen, während es die andere Hälfte nicht tut. Als Gründe für das Unterlassen des expliziten Nachfragens wurden am häufigsten „Man-

gelnde Relevanz“ des Themas für die aktuelle Psychotherapie und „Annahme von Selbstbericht“ angegeben. Diese Annahme widerspricht den Berichten aus der vorangegangenen Patientinnenbefragung. Viele Frauen gaben an, aus zurückliegenden, teilweise bagatellisierenden Reaktionen aus dem Umfeld gelernt zu haben, nicht von sich aus über ihren Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch zu sprechen („Probiert es doch einfach wieder!“, „Sie sind doch noch jung!“). Demnach bedarf es der aktiven, expliziten Nachfrage.

Diese Ergebnisse decken sich mit einem Bericht von Casey (2008) zum Umgang mit Abbrüchen nach der Beratungsregelung. Sie merkt an, dass bei „mental health professionals“ (Casey, 2008, S. 453) oft Zurückhaltung besteht, die Patientinnen in der Anamneseerhebung routinemäßig nach zurückliegenden Abbrüchen nach der Beratungsregelung sowie möglicherweise daraus folgenden Konsequenzen wie Schuldgefühlen, Wut, Vermeidung oder Dissonanzen zu fragen, obwohl bei einigen Frauen der Abbruch nach der Beratungsregelung ein mitbedingender ätiologischer Faktor für die psychische Problematik sein kann. Sie weist auf die Gefahr hin, dass sich Frauen für den Abbruch verurteilen oder aber eventuelle emotionale Folgen bagatellisieren, weshalb sensibles Nachfragen dringend erforderlich sei.

In der stationären Psychosomatik tätige Ärzte und Psychologen schenken möglichen geburtshilflichen Vorbelastungen ihrer Patientinnen weniger Aufmerksamkeit als ihre ambulant psychotherapeutisch tätigen Kollegen. Dabei ist anzumerken, dass in der Stichprobe der stationären Therapeuten anteilig weniger ärztliche Therapeuten vertreten waren als in der ambulanten Stichprobe. Psychologische Psychotherapeuten unterschätzen die Häufigkeit einer belasteten geburtshilflichen Anamnese ihrer Patientinnen und nur gut ein Drittel von ihnen erfragt diese explizit, wohingegen gut 80% ihrer ärztlichen, psychotherapeutisch tätigen Kollegen dies tun.

Ein Grund für die geringere Sensibilität der psychologischen Psychotherapeuten für das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ mag darin liegen, dass diese Berufsgruppe weder im Studium noch in der weiterführenden Psychotherapieausbildung mit geburtshilflichen Themen in Berührung kommt. Obwohl innerhalb der Therapieausbildung medizinische Inhalte vermittelt werden (z. B. in Seminaren zu medizinischen Grundlagen und Psychopharmakologie) und zunehmend Schnittstellen zwischen Soma und Psyche thematisiert werden (z. B. Seminare zu Psychoonkologie, zu Psychotherapie bei Schmerz), findet die Schnittstelle zwischen Geburtshilfe und Psychotherapie bisher kaum Beachtung.

Auch die Ergebnisse der Vorstudie 2 trugen zu einer Rechtfertigung umfassenderer Untersuchungen bei, welche auch zu einer Sensibilisierung der Behandler in der stationären Psychosomatik für das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ führen sollen.

7.3 Häufigkeiten geburtshilflicher Vorbelastungen bei Patientinnen in der stationären Psychosomatik

Anhand der Hauptuntersuchung sollte zunächst an einer größeren Stichprobe die Überprüfung der Ergebnisse der Vorstudie 1 hinsichtlich der Häufigkeiten geburtshilflicher Vorbelastungen bei stationär psychosomatischen Patientinnen erfolgen.

Vor diesem Hintergrund wurden ambulant über Berliner Frauenarztpraxen 921 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mittels eines Screeninginstruments (siehe Anhang C.3) befragt. Das selbe Instrument haben 440 Patientinnen in der stationären Psychosomatik ausgefüllt. Am Hauptteil der Hauptuntersuchung mittels Fragebogenbatterie nahmen ambulant 585 Frauen und in der stationären Psychosomatik 355 Frauen teil.

Hinsichtlich der Soziodemographie bestehen zwischen den ambulanten und den stationären Probandinnen einige Unterschiede, die auch in Zusammenhang mit der geburtshilflichen Anamnese stehen könnten:

Die stationären Teilnehmerinnen sind zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich etwas älter, ein geringerer Anteil von ihnen war bisher jemals schwanger gewesen, die durchschnittliche Anzahl zurückliegender Schwangerschaften pro Frau war niedriger und nur die Hälfte von ihnen gab an, Kinder zu haben, während 60% der Frauen in der ambulanten Stichprobe dies bejahten.

Obwohl demnach ein geringerer Anteil der Patientinnen in der stationären Psychosomatik zurückliegend schwanger gewesen war, lag die Quote der Frauen mit geburtshilflicher Vorbelastung in beiden Stichproben (ambulant und stationär) in gleicher Höhe, bei 26%. Demzufolge endete bei ihnen ein höherer Anteil der eingetretenen und diagnostizierten Schwangerschaften nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes.

Der Frage, warum bei Frauen, welche sich in stationär psychosomatischer Behandlung befinden, der Anteil derer, welche zurückliegend bereits schwanger waren, geringer ausfällt, als bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung, wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht nachgegangen. Es kann nicht geklärt werden, ob beispielsweise die psychischen Auffälligkeiten oder die damit einhergehenden Lebensumstände Ursache für seltenere Schwangerschaften sind oder aber, ob möglicherweise das Fehlen eigener Kinder unter bestimmten Umständen psychische Störungen begünstigt. Diese mögliche Interpretation wurde in der Forschungsliteratur bisher insbesondere für ungewollt kinderlose Frauen und Paare untersucht. (u.a. Agerbo et al., 2012, Graham et al., 2011)

Warum bei den Patientinnen in der stationären Psychosomatik trotz der selteneren zurückliegenden Schwangerschaften der Anteil der geburtshilflich vorbelasteten Frauen ebenso hoch ist wie bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung, lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse

nicht beantworten. Dieses Ergebnis könnte einerseits für die Untersuchungen sprechen, welche Schwangerschaftsverluste und -abbrüche als mögliche Ursachen für psychische Auffälligkeiten identifiziert haben (siehe Abschnitt 2.2.2., S. 25). Andererseits ist auch die umgekehrte Sichtweise, dass psychische Störungen Schwangerschaftsverluste mitbedingen können (siehe Abschnitt 2.2.1., S. 21), oder zu einer erhöhten Quote von Schwangerschaftsabbrüchen führen können, nicht auszuschließen. Auch wenn die absolute Rate der geburtshilflichen Vorbelastungen der Patientinnen in der stationären Psychosomatik gegenüber der von Frauen in der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht ist, sprechen die vorliegenden Zahlen bei Berücksichtigung der zurückliegenden Schwangerschaften dennoch dafür, dass psychische Störungen und die Häufigkeit von Schwangerschaftsverlusten und -abbrüchen nicht komplett getrennt voneinander gesehen werden können. Die Identifikation der Richtung der kausalen Zusammenhänge erfordert weitere, prospektive Untersuchungen.

Bezüglich der Art der geburtshilflichen Vorbelastungen liegen deutliche Unterschiede zwischen den ambulanten und den stationären Teilnehmerinnen vor. In der ambulanten Stichprobe weist ein signifikant höherer Anteil der betroffenen Frauen Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation auf. Neben möglichen inhaltlichen Erklärungen sind Erhebungsfehler im Rahmen der Zuordnung zu den verschiedenen Untergruppen durch einen der ambulanten Untersucher nicht auszuschließen. Es wurden durch ihn möglicherweise Schwangerschaftsverluste in Form von „missed abortions“, bei denen der abgestorbene Embryo nicht von selbst abgeht, sondern beispielsweise eine Ausschabung vorgenommen werden muss, fälschlicherweise als Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation klassifiziert. Deshalb wurde von einer Weiterverwendung der entsprechenden Daten im ambulanten Setting abgesehen. Eine inhaltliche Interpretation der fraglichen Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Stichprobe wird aus selbigem Grund ebenfalls nicht vorgenommen.

Im Hinblick auf die Zeit, welche seit den geburtshilflichen Vorbelastungen vergangen war, unterschieden sich die beiden Stichproben ebenso wenig voneinander wie bezüglich der Schwangerschaftswoche, in welcher sich die Vorbelastungen durchschnittlich ereignet hatten. Die Vorbelastungen fanden durchschnittlich in der elften Schwangerschaftswoche statt und liegen in beiden Stichproben knapp 20 Jahre zurück.

Trotz der langen Zeitdauer gab gut jede Zehnte der vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung und knapp jede Dritte der betroffenen Patientinnen in der stationären Psychosomatik an, subjektiv nach wie vor durch den Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch belastet zu sein. Obwohl demnach die Mehrzahl der betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung und gut zwei Drittel der betroffenen Patientinnen in der stationären Psychosomatik keine oder nur eine geringe anhaltende psychische Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung wahrnimmt, ist der Anteil der anhaltend belasteten Frauen nicht zu vernachlässigen. Insbesondere unter den betroffenen stationären Patientinnen befinden sich viele Frauen, für die die zurückliegende

geburtshilfliche Vorbelastung trotz der vielen vergangenen Jahre keine abgeschlossene autobiographische Erfahrung darstellt.

Mögliche Erklärungen dafür, weshalb der Anteil derer, welche nach durchschnittlich 20 Jahren eine anhaltende psychische Belastung durch die geburtshilfliche Vorbelastung angeben, unter den Patientinnen in der stationären Psychosomatik so viel höher liegt wie bei den Betroffenen aus der Allgemeinbevölkerung, wurde innerhalb der regressionsanalytischen Berechnungen nachgegangen (siehe Abschnitt 6.2.3., S. 102). Die entsprechenden Ergebnisse werden in Abschnitt 7.5. (S. 123) diskutiert.

7.4 Unterschiede und Besonderheiten der betroffenen Patientinnen gegenüber nicht betroffenen Patientinnen und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung

Ein weiteres Ziel der durchgeführten Hauptuntersuchung lag in der Erfassung möglicher psychischer Auffälligkeiten von geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik, welche diese von ebenfalls geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung und von nicht geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in stationärer psychosomatischer Behandlung unterscheiden. Es sollte geprüft werden, ob sich der erhöhte Anteil an subjektiv anhaltend psychisch Belasteten in der stationären Psychosomatik auch im aktuellen psychischen Befinden, abgebildet mit allgemeinen Parametern wie Depression, somatischen Symptomen und Stress, sowie mit spezifischen Parametern wie Trauer oder posttraumatischen Symptomen, niederschlägt.

Die jeweiligen hypothesenprüfenden Gruppenvergleiche führten zu folgenden Ergebnissen:

Hypothese 1:

In der Stichprobe der Frauen aus der Allgemeinbevölkerung unterscheiden sich diejenigen mit geburtshilflicher Vorbelastung hinsichtlich des allgemeinen psychischen Befindens (Depressivität, körperliche Symptome, Stress) nicht von denen ohne entsprechende Vorbelastung. Auch wenn jede Zehnte der betroffenen Frauen in der Allgemeinbevölkerung eine subjektiv anhaltende emotionale Beeinträchtigung durch ihre geburtshilfliche Vorbelastung angab, ist in der Gesamtgruppe der betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung keine anhaltende, objektivierbare Auffälligkeit bezüglich Stimmung, körperlicher Beschwerden und Stress festzustellen.

Dieses Ergebnis liefert eine Erweiterung des bisherigen Forschungsstandes, weil die bisher vorliegenden prospektiven Untersuchungen keine so lange Zeitspanne abdecken. Die betroffenen Frauen wurden nach ihren Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen bisher maximal zwei bis zehn Jahre lang in Untersuchungen einbezogen (siehe Abschnitte 2.2.2.1.5., S. 36, 2.2.2.2.1., S. 41 und 2.2.2.3.6., S. 49). Eine retrospektive qualitative Untersuchung von Smart

(2003), in welcher nur ein geringer Anteil der befragten Frauen eine jahrelang anhaltende psychische Belastung durch einen zurückliegenden Schwangerschaftsverlust angibt, deutet in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung.

Hypothese 2:

Im Setting der stationären Psychosomatik unterscheiden sich Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung hinsichtlich ihrer aktuellen psychischen Befindlichkeit ebenfalls nicht von Patientinnen ohne entsprechende Vorbelastung. Auch in diesem speziellen Setting lassen sich nach der langen Zeitspanne keine allgemeinen gruppenbezogenen Unterschiede festmachen. Dieser Fragestellung wurde in den uns bekannten Untersuchungen bisher nicht nachgegangen.

Hypothese 3:

Werden stationär psychosomatische Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung gegenübergestellt, zeigen sich durchweg signifikante Unterschiede hinsichtlich des allgemeinen psychischen Befindens, abgebildet über die Dimensionen Depressivität, somatische Symptome und Stresserleben. Die Ergebnisse der durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigen, dass diese Unterschiede kaum durch den Faktor „Geburtshilfliche Vorbelastung“ erklärt werden. Der Faktor „Setting“ weist einen größeren Erklärungsanteil auf. Die geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik sind vermutlich ebenso wie ihre geburtshilflich nicht vorbelasteten Mitpatientinnen aufgrund der diversen vorliegenden psychischen Probleme und der bestehenden Hintergrundbelastungen in ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt.

Insofern kann dieses Ergebnis am ehesten als Bestätigung dafür angesehen werden, dass Patientinnen in der stationären Psychosomatik – unabhängig von ihrer geburtshilflichen Anamnese – generell psychisch belasteter sind als Frauen in der Allgemeinbevölkerung, weshalb sie sich auch in einer umfassenden fachlichen Behandlung befinden.

Inhaltlich wichtiger sind die Unterschiede, welche sich zwischen diesen beiden Frauengruppen hinsichtlich des Umgangs mit der zurückliegenden geburtshilflichen Vorbelastung zeigen lassen:

Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen in der stationären Psychosomatik berichten rückblickend vom verstärkten Einsatz depressiver Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierungstendenzen und Wunschdenken. Auch diese beiden Verarbeitungsmuster sind als dysfunktional einzustufen. Weder die depressive Verarbeitung (z. B. „sich selbst die Schuld geben“, „ins Grübeln kommen“) noch Bagatellisierung und Wunschdenken (z. B. „Herunterspielen der Bedeutung des Verlustes bzw. Abbruchs“) führen zu einer aktiven, konstruktiven Auseinandersetzung und Bewältigung des Erlebnisses. Eine Aufarbeitung des Geschehnisses wird damit unwahrscheinlicher, so dass das Risiko anhaltender emotionaler Beeinträchtigungen zunimmt.

Darüber hinaus werden von den geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik zum Befragungszeitpunkt intensivere Trauerreaktionen berichtet als von ebenfalls betroffenen Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Die Dimensionen „Traurigkeit“ und „Schuldhafter Verarbeitung“ sind stärker ausgeprägt als bei ebenfalls geburtshilflich vorbelasteten Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Während ein höheres Ausmaß an Trauer nicht per se als pathologisch oder dysfunktional anzusehen ist, ist die Trauerkomponente „Schuldhafter Verarbeitung“ wenig hilfreich für eine umfassende emotionale Aufarbeitung der Geschehnisse.

7.5 Prädiktoren und Indikatoren für eine anhaltende psychische Belastung bei stationär psychosomatischen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen

Im nächsten Schritt sollte in der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen werden, warum ein Teil der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik ihren zurückliegenden Schwangerschaftsverlust oder -abbruch weitestgehend gut bewältigen konnte, während ein anderer Teil der Betroffenen sich anhaltend dadurch belastet und beeinträchtigt fühlt. Es wurde über regressionsanalytische Berechnungen angestrebt, Prädiktoren und Indikatoren für eine anhaltende psychische Belastung bei geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik zu identifizieren. Als Kriterien für das psychische Befinden wurden allgemeine Maße (BDI-II (Hautzinger et al., 2009): Depression, PHQ (Löwe et al., 2002): Depressivität, somatische Symptome, Stress) und spezifische Maße (IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998): Intrusion, Vermeidung, Übererregung) herangezogen.

Hypothese 4:

Ursprünglich sollten folgende, teilweise bereits in der Literatur diskutierten soziodemographischen und geburtshilflichen Merkmale mit in die Berechnungen einbezogen werden: Alter der Frau zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsverlustes bzw. -abbruchs, Zeitdauer seit dem Verlust bzw. Abbruch, Anzahl der geburtshilflichen Vorbelastungen, Schwangerschaftswoche, in der sich der Schwangerschaftsverlust ereignete bzw. in welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde.

Während das Alter der Frau zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsverlustes bzw. -abbruchs bei medizinischer Indikation in anderen Untersuchungen zeitnah nach dem Ereignis von manchen Autoren als Einflussfaktor auf das psychische Befinden identifiziert wurde (z.B. Korenromp et al., 2007, Mann et al., 2009), erwies sich diese Variable in der vorliegenden Untersuchung zur Aufklärung der Variationen in der aktuellen psychischen Verfassung von stationär psychosomatischen Patientinnen etwa 20 Jahre nach dem Ereignis als nicht relevant.

Die Variable „Zeitdauer seit dem Verlust bzw. Abbruch“ fand in anderen Untersuchungen auf-

grund des Designs (Erhebung meist sehr zeitnah nach dem Ereignis) bisher keinen Eingang. In der vorliegenden Studie stellte sie keinen relevanten Prädiktor / Indikator für Variationen im aktuellen psychischen Befinden der betroffenen psychosomatischen Patientinnen dar.

Die Anzahl zurückliegender geburtshilflicher Vorbelastungen trat in verschiedenen anderen Untersuchungen zu möglichen Folgen von Schwangerschaftsverlusten als Einflussfaktor auf das psychische Befinden nach dem Ereignis in Erscheinung. Sowohl Beutel (2002) als auch Blackmore et al. (2011) zeigten entsprechende Zusammenhänge auf. Bei der Aufklärung der psychischen Verfassung von geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik scheint dieser Indikator keine Rolle zu spielen.

Ebenso zeigte sich hinsichtlich der psychischen Verfassung unserer Probandinnen keine Unterschiede zwischen den beiden Untergruppen „Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten“ und „Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation“.

Selbst das Gestationsalter zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsverlustes bzw. -abbruchs, das sich in anderen Studien wiederholt als Einflussfaktor auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten nach einem Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch bei medizinischer Indikation erwiesen hatte (Davies et al., 2005, Engelhard et al., 2006, Klier et al., 2000, Korenromp et al., 2007, Lok & Neugebauer, 2007), lieferte bei der Aufklärung des psychischen Befindens bei der von uns untersuchten speziellen Untergruppe von Frauen, welche sich in einem speziellen Behandlungssetting befinden und deren Verlust oder Abbruch bereit lange zurückliegt, keinen relevanten Beitrag.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der vorliegenden Untersuchung weder das Alter der betroffenen Frau zum Zeitpunkt der geburtshilflichen Vorbelastung noch die Zeitdauer, die seit dem Verlust oder Abbruch vergangen war, die Anzahl der geburtshilflichen Vorbelastungen, die Art der Vorbelastungen und die Schwangerschaftswoche, in welcher sich der Verlust oder Abbruch ereignete einen aufklärenden Beitrag lieferten.

Demnach kann eine geburtshilflich vorbelastete Patientin auch dann anhaltend unter einem zurückliegenden Schwangerschaftsverlust oder -abbruch leiden, wenn sie zum Zeitpunkt des Verlustes oder Abbruchs weder besonders jung noch vergleichsweise alt war, dieser bereits lange zurück liegt, ein einmaliges Ereignis darstellte und sich in einem frühen Schwangerschaftsalter ereignete. Die Erhebung dieser Eckdaten hilft somit nicht bei der Einschätzung des Ausmaßes von möglicherweise anhaltender Belastung. Es ist zudem auch nicht davon auszugehen, dass sich eine mögliche anhaltende emotionale Belastung allein durch das Fortschreiten der Zeit auflösen wird.

Während weder die soziodemographischen noch die geburtshilflichen Variablen in der vorlie-

genden Untersuchung bei der Aufklärung des aktuellen psychischen Befindens der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik behilflich sind, zeigt sich hinsichtlich möglicher Indikatoren aus dem psychologischen Bereich ein anderes Bild:

Zunächst sollen die Ergebnisse zu möglichen Prädiktoren und Indikatoren für das allgemeine psychische Befinden der geburtshilflich vorbelasteten Frauen bei der stationären Aufnahme beleuchtet werden.

Das Vorliegen eines dysfunktionalen Attributionsmusters auf „Merkmale der eigenen Person“ scheint von den überprüften Variablen den entscheidenden Indikator für Beeinträchtigungen im allgemeinen aktuellen Befinden von geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik darzustellen. Schreibt eine geburtshilflich vorbelastete Patientin ihren zurückliegenden Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation internal-stabilen und generellen Merkmalen der eigenen Person zu (z.B. „...weil ich psychisch sehr anfällig bin.“ oder „...weil ich vom Schicksal verfolgt bin.“), geht dies vermehrt mit Beeinträchtigungen des allgemeinen psychischen Befindens einher. Sowohl Depressivität als auch das Ausmaß körperlicher Symptome und das Stresserleben sind ausgeprägter. Ob dabei der dysfunktionale Attributionsstil die Depression mitbedingt, oder aber die Depressivität die Erinnerungen an den Attributionsstil beeinflusst, ist dabei sekundär. In beiden Fällen könnte ein dysfunktionaler Attributionsstil einen Ansatzpunkt für die therapeutische Unterstützung einer gesunden Aufarbeitung der geburtshilflichen Vorbelastung darstellen (siehe Abschnitt 7.7., S. 129).

Wechselseitige Zusammenhänge zwischen einer internal-stabilen Attribution aversiver Ereignisse und Depressivität wurden in der Grundlagenforschung hinreichend nachgewiesen (u.a. Abrahamson et al., 1978, Heckhausen, 1980, Weiner, 1986). Auch in das in Abschnitt 2.3.1.2. (S. 53) dargestellte Entstehungsmodell für depressive Erkrankungen (Hautzinger, 2000) lassen sich die vorliegenden Ergebnisse auf verschiedene Weise einordnen: Schwangerschaftsverluste bzw. -abbrüche bei medizinischer Indikation können einerseits vorausgehende Bedingungen für eine depressive Entwicklung mit ihren entsprechenden dysfunktionalen Attributionsmustern sein. Andererseits können solche geburtshilflichen Ereignisse auch vor dem Hintergrund einer vorbestehenden Depression die bereits vorhandenen dysfunktionalen Muster verfestigen und ausweiten. Eine dritte Variante wäre, dass die depressive Erkrankung lediglich die Erinnerung an den Schwangerschaftsverlust oder -abbruch negativ verzerrt und anschließende Attributionsmuster anders erinnert werden. Je nach biographischer Abfolge der Ereignisse lassen sich damit unterschiedliche therapeutische Möglichkeiten ableiten (siehe Abschnitt 7.7., S. 129).

Wenn ein Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation – aus welchen Gründen auch immer – auf internal-stabile Eigenschaften der Betroffenen attribuiert wird, stellt dieses geburtshilfliche Ereignis in vielerlei Hinsicht eine belastende Erfahrung dar: Beispielsweise kann der Verlust oder Abbruch mit Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen oder Selbstabwertung

verbunden sein. Weiterhin können sich negative Grundüberzeugungen (z.B. „Ich bin vom Schicksal verfolgt.“) durch das geburtshilfliche Ereignis weiter zementieren. Darüber hinaus kann der Verlust oder Abbruch als persönliches Versagen interpretiert werden. Die Betroffene kann sich in ihrer Rolle als Frau und werdende Mutter als gescheitert erleben. Zusätzlich kann ein Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation in diesem Fall eine Bedrohung für die weitere Zukunfts- und Familienplanung darstellen, weil die Betroffene bei einer internal-stabilen Attribution auf ihre Person befürchten muss, auch zukünftig keine Kinder austragen zu können. Auch aus diesen möglichen intrapsychischen Konstellationen ergeben sich bei Bedarf verschiedene Therapiemöglichkeiten (siehe Abschnitt 7.7., S. 129).

Zusätzlich zu den Einblicken hinsichtlich des allgemeinen psychischen Befindens der geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen bei der Aufnahme der stationären psychosomatischen Behandlung liefert die vorliegende Untersuchung auch Hinweise auf mögliche Erklärungen von unterschiedlichen Ausprägungen posttraumatischer Symptomatik bei den betreffenden Patientinnen:

Die Art der Ursachenzuschreibung und des Umgangs mit dem zurückliegenden Schwangerschaftsverlustes bzw. -abbruchs bei medizinischer Indikation scheint in gewisser Weise die subjektive Einschätzung der betroffenen Patientinnen hinsichtlich posttraumatischer Symptome aus den Bereichen Intrusionen, Vermeidung und Übererregung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zu beeinflussen. Eine ausgeprägte Attribution des Ereignisses auf „Merkmale der eigenen Person“ geht gemeinsam mit einer geringen Attribution auf das „Regulativ Natur“ und einer starken Tendenz zu „Bagatellisierung und Wunschdenken“ mit vermehrten posttraumatischen Symptomen einher. Insbesondere bei davon betroffenen Frauen sollte in der stationären Psychotherapie an den entsprechenden Attributionsmustern und Verarbeitungsstrategien gearbeitet werden (siehe Abschnitt 7.7., S. 129).

Ob ein Schwangerschaftsverlust oder -abbruch von der betroffenen Frau überhaupt als traumatische Erfahrung wahrgenommen wird, hängt insgesamt von diversen Faktoren ab: Neben der medizinischen Situation als solches (gesundheitliche Gefahr, Zeitdruck, Komplikationen, Notwendigkeit von Eingriffen etc.) entscheiden auch der Ablauf des Verlustes oder Abbruchs (Setting, Aufklärung, Betreuung durch das Fachpersonal, Begleitung von Bezugspersonen, Entscheidungsfreiheit etc.) und die allgemeine psychische Verfassung der betroffenen Frau (psychische Stabilität, Qualität der Partnerschaft, Einstellung zur Schwangerschaft, Ressourcen, soziales Umfeld etc.) über die Einordnung der Erfahrung. Einer Vielzahl der Betroffenen gelingt es, einen Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation als ein vermutlich belastendes, jedoch bewältigbares Erlebnis zu verarbeiten. Einige der betroffenen Frauen erleben jedoch in Zusammenhang mit dem Verlust oder Abbruch eine psychische und emotionale Überforderung, welche zum Erleben einer Traumatisierung führt (siehe Abschnitte 2.2.2.1.4., S. 34 und 2.2.2.2.1., S. 41, u.a. Engelhard et al., 2001; Kersting et al., 2009; Koren-

romp et al., 2007; Walker & Davidson, 2001).

Wenn der Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation zusätzlich internal-stabilen Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben wird, erlebt die betroffene Frau in der Folge eine anhaltende Gefahr einer erneuten Traumatisierung, weil sie schließlich davon ausgeht, im Falle einer möglichen neuen Schwangerschaft mit den selben charakterlichen Eigenschaften ausgestattet zu sein und damit erneut einem regelhaften Verlauf der Schwangerschaft im Wege stehen. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass das Erleben anhaltender Gefahr einen entscheidenden Faktor bei der Entwicklung und Chronifizierung posttraumatischer Symptome darstellt (Ehlers & Clark, 2000). Vor diesem Hintergrund können die vorliegenden Ergebnisse auch in das in Abschnitt 2.3.1.4. (S. 54) dargestellte Modell zur Chronifizierung posttraumatischer Belastungsstörungen (Ehlers & Clark, 2000) wie folgt eingeordnet werden: Der Schwangerschaftsverlust oder -abbruch wird von manchen betroffenen Frauen traumatisch verarbeitet. Ein Teil von ihnen nimmt unter anderem aus Angst vor einer weiteren entsprechenden Erfahrung eine anhaltende Gefahr wahr. Jedoch kann auch eine fortbestehende Kinderlosigkeit eine anhaltende Bedrohung auf Selbstwertebene darstellen. Auch wenn ein Teil der in die vorliegenden Untersuchung einbezogenen geburtshilflich vorbelasteten Patientinnen in der stationären Psychosomatik schon das Klimakterium durchlaufen hat, lassen sich auch bei dieser Untergruppe von Frauen mögliche posttraumatische Symptome in das genannte Modell einordnen, weil bekannt ist, dass Vermeidungsverhalten generalisieren und über die subjektive Gefahr hinweg fortbestehen kann und die notwendige Realitätsüberprüfung somit weiterhin ausbleibt (Dunmore, Clark & Ehlers 1997). Der Teufelskreis der Symptome besteht fort.

Die ebenfalls ungünstige Verarbeitungsstrategie „Bagatellisierung und Wunschdenken“, möglicherweise nicht selten getriggert durch Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld („Du bist ja noch jung!“; „Probiert es doch einfach gleich wieder!“), lässt sich im Hinblick auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptome vermutlich gut im Bereich der Vermeidung ansiedeln. Wenn die betroffene Frau ihren Schwangerschaftsverlust oder -abbruch bei medizinischer Indikation in seiner Bedeutung klein macht und herunter spielt, oder aber durch das Nachhängen von Wunschträumen emotional von sich wegschiebt, vermeidet sie damit eine zielführende Auseinandersetzung mit dem Geschehenen und den damit verbundenen aversiven Emotionen. Kurzfristig verschafft diese Strategie Abstand und ein Gefühl der Kontrollierbarkeit, langfristig werden so Intrusionen und Übererregung genauso wie die entsprechenden Vermeidungsstrategien aufrecht erhalten. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Korrektur dysfunktionaler Ursachenzuschreibungen bleibt ebenso wie eine emotionale Aufarbeitung aus.

Wichtig ist es dennoch, anzumerken, dass in der vorliegenden Studie nicht das Vorliegen oder Fehlen des Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung als Kriterium gewählt wurde, sondern die Ausprägung einzelner Symptomkreise aus dem betreffenden Störungskomplex.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass eine internal-stabile Attribution des Schwangerschaftsverlustes bzw. -abbruchs nach der Beratungsregelung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der external-variablen Attributionsvariante auf das Regulativ Natur demnach eine ungünstige Konstellation darstellt, welche die Entwicklung anhaltender emotionaler Einschränkungen massiv begünstigen kann. Ist gleichzeitig eine starke Tendenz zu Bagatellisierung und Wunschdenken vorhanden, stabilisieren sich die dysfunktionalen Attributionsmuster und bleiben als Nährboden für die Entstehung und Ausweitung psychischer Folgebelastungen erhalten.

7.6 Zusammenfassung aller Ergebnisse

Im Rahmen der ersten Voruntersuchung (Patientinnenbefragung), in der 18% der befragten Patientinnen in der stationären Psychosomatik eine geburtshilfliche Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen nach der Beratungsregelung aufwiesen, und etwa ein Drittel der Betroffenen auch Jahre nach den Ereignissen eine anhaltende psychische Belastung durch den Verlust oder Abbruch erlebte, wurde eine Rechtfertigung für die Durchführung weiterer umfassenderer Untersuchungen in diesem Feld gewonnen. Auch der vermehrte Einsatz dysfunktionaler Verarbeitungsstrategien sowie die psychischen Auffälligkeiten im Allgemeinbefinden der Untergruppe der Patientinnen, welche sich durch die geburtshilfliche Vorbelastung anhaltend psychisch belastet erlebte, sprachen für weiterführende Untersuchungen.

Auch die Ergebnisse der zweiten Voruntersuchung (Therapeutenbefragung) dienten als Grundlage für die Durchführung der geplanten Hauptuntersuchung: Trotz nicht zu vernachlässigender Häufigkeit einer belasteten geburtshilflichen Anamnese der Patientinnen in der stationären Psychosomatik und teilweise anhaltender emotionaler Belastungszustände durch die geburtshilfliche Vorbelastung erfragt nur etwa die Hälfte aller teilnehmenden Therapeuten explizit mögliche entsprechende Vorbelastungen. Im stationären Setting, und insbesondere unter psychologischen Psychotherapeuten liegt der Anteil von explizit nachfragenden Behandlern noch deutlich niedriger.

Die Ergebnisse der Hauptuntersuchung an 440 Patientinnen einer psychosomatischen Klinik und 921 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung bestätigen die Annahme, dass eine vorhandene geburtshilfliche Vorbelastung für einen Teil der betroffenen Patientinnen in der stationären Psychotherapie von Relevanz sein kann. Etwa jede vierte Patientin in der stationären Psychosomatik bringt eine belastete geburtshilfliche Anamnese mit. Knapp ein Drittel der betroffenen Patientinnen fühlt sich durch ihren zurückliegenden Schwangerschaftsverlust oder -abbruch anhaltend psychisch belastet.

Während zwischen Frauen mit und ohne geburtshilfliche Vorbelastung in der Allgemeinbevölkerung und zwischen stationär psychosomatischen Patientinnen mit und ohne geburtshilfliche Vor-

belastungen keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des aktuellen psychischen Befindens (Depressivität, somatische Symptome, Stress) bestehen, unterscheiden sich stationär psychosomatische Patientinnen mit geburtshilflicher Vorbelastung und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung mit geburtshilflicher Vorbelastung nicht nur hinsichtlich ihres Allgemeinbefindens, sondern auch deutlich im Hinblick auf den Umgang mit und die Verarbeitung des Schwangerschaftsverlustes oder -abbruchs.

Geburtshilflich vorbelastete Patientinnen in stationärer psychosomatischer Behandlung berichten häufiger dysfunktionale Verarbeitungsmuster (depressive Verarbeitung sowie Bagatellisierungstendenzen und Wunschdenken) und intensivere dysfunktionale Trauerreaktionen.

Insbesondere die betroffenen Patientinnen, welche angaben, den Schwangerschaftsverlust auf Merkmale der eigenen Person zu attribuieren, wiesen zum Befragungszeitpunkt ein schlechteres allgemeines Befinden auf. Ausgeprägtere posttraumatische Symptome in Form von Intrusionen, Vermeidung und Übererregung fanden sich vor allem bei den betroffenen Patientinnen, welche stärker auf die eigene Person attribuieren und weniger auf natürliche Selektionsprozesse und welche vermehrt dysfunktionale Verarbeitungsversuche im Sinne von Bagatellisieren und Wunschdenken vornahmen. Diese möglicherweise zugrunde liegenden Attributions- und Verarbeitungsprozesse könnten Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit liefern.

7.7 Schlussfolgerungen für die Praxis

Jede vierte Patientin in der stationären Psychosomatik weist eine geburtshilfliche Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen auf. Während zwei Drittel der Betroffenen diese gut verarbeitet haben und sich dadurch nicht (mehr) beeinträchtigt fühlen, berichtet ein Drittel der betroffenen Patientinnen auch nach durchschnittlich 20 Jahren noch von einer emotionalen Belastung.

Viele betroffene Frauen berichten nicht ungefragt von ihrer geburtshilflichen Vorerfahrung. Auch allgemeine Fragen zur Anzahl zurückliegender Schwangerschaften reichen oft nicht aus. Der Behandler sollte konkret und explizit nach Schwangerschaftsverlusten oder -abbrüchen fragen.

Auch wenn diese schon lange zurückliegen, sollte nicht automatisch von einer erfolgreichen Aufarbeitung ausgegangen werden. Erfragt werden sollten deshalb neben den medizinischen Eckdaten (u. a. Art des Verlustes oder Abbruchs, Schwangerschaftswoche) unbedingt psychische Aspekte wie die subjektiv anhaltende emotionale Belastung, Attributionsmuster und Bewältigungsstrategien.

Insgesamt ist darauf zu achten, die Fragen bei der Erhebung neutral zu formulieren und keine unnötige Pathologisierung anklingen zu lassen. Gleichzeitig sollte aber auch von den Annah-

men mangelnder Relevanz des Themas für die Psychotherapie oder unaufgeforderten Selbstberichts durch die Betroffene Abstand genommen werden.

Bei denjenigen Patientinnen, für die die zurückliegenden geburtshilflichen Vorbelastungen kein akut relevantes Thema darstellen, kann ohne großen Zeitverlust mit der weiteren Anamnese fortgefahren werden.

Bei den Patientinnen, welche angeben, nach wie vor emotional durch einen zurückliegenden Schwangerschaftsverlust oder -abbruch belastet zu sein, gilt es, einige weitere Aspekte zu berücksichtigen:

Ein Augenmerk sollte auf der Objektivierung des Ausmaßes möglicherweise vorhandener Depressivität liegen (siehe Ergebnisse Vorstudie 1, Abschnitt 4.1.3.7., S. 67). Ob die bei dieser Untergruppe der betroffenen Patientinnen häufig vorliegenden extremen Depressionsausprägungen bereits vor der geburtshilflichen Vorbelastung vorlagen, in der Folge davon oder unabhängig davon auftraten bzw. ob sie zu einer entsprechenden Verzerrung von Erinnerung und Selbstbericht führen, kann in der Biographieerhebung und der Erhebung der Störungsanamnese nachgegangen werden.

Darüber hinaus sollte gemeinsam mit der betreffenden Patientin der spezifische Einbezug der geburtshilflichen Vorbelastung in die Psychotherapie erwogen werden.

Wenn das Thema in den Behandlungsplan mit aufgenommen wird, sollte die Betroffene zunächst ausreichend Zeit dafür erhalten, über ihre geburtshilfliche Vorbelastung und für sie relevante Einzelheiten und Besonderheiten zu sprechen. Damit wird einem Umstand entgegengewirkt, mit welchem Betroffene in ihrem alltäglichen Umfeld oft konfrontiert sind: geburtshilfliche Vorbelastungen sind häufig kein Thema im Kontakt mit Verwandten oder im Freundeskreis. Sei es, weil die Betroffenen das Ereignis z. B. aus Scham oder Schuld komplett verschweigen, oder aber weil auf entsprechende Mitteilungen vom Umfeld teilweise sehr unbeholfen, bagatellisierend oder mit Überforderung reagiert wird.

Zudem können bei Schwangerschaftsverlusten und Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation unter Rückgriff auf die Instrumente von Bergner et al. (2008) die vorherrschenden Attributionsmuster und Verarbeitungsstrategien erfasst und mit der Patientin besprochen werden. Bei zurückliegenden Abbrüchen nach der Beratungsregelung kann zumindest der Fragebogen zur Erfassung der Verarbeitungsstrategien zum Einsatz kommen.

Ein ausgeprägtes dysfunktionales Attributionsmuster auf Merkmale der eigenen Person und ungünstige Bewältigungsversuche wie depressive Verarbeitung oder Bagatellisierung und Wunschdenken können im weiteren Verlauf der Therapie wichtige Ansatzpunkte liefern.

Darauf aufbauend kann der Versuch unternommen werden, Zusammenhänge mit der aktuellen

Psychopathologie, welche zur stationären Aufnahme geführt hat, herzustellen. Gemeinsam mit der Betroffenen kann eine Einbindung der geburtshilflichen Vorbelastung in das entsprechende Entstehungs- oder Aufrechterhaltungsmodell der psychischen Störung vorgenommen werden.

Neben der Thematisierung im Einzelsetting kann eine Selbstöffnung im Rahmen einer allgemeinen Therapiegruppe bei entsprechender Unterstützung, Validierung und möglicherweise der Einholung von Feedback durch die anderen Teilnehmer zu einer korrigierenden Erfahrung führen.

Zusätzlich könnte der Einsatz weiterer therapeutischer Maßnahmen wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierungstechniken hinsichtlich der vorliegenden dysfunktionalen Attributionen, die Etablierung von funktionalen Verarbeitungsstrategien, das Anstoßen verzögerter, inhibierter Trauerprozesse sowie die Behandlung von posttraumatischen Symptomen denkbar sein.

Die jeweiligen Maßnahmen sind selbstverständlich individuell an die Patientinnen und ihre Therapieziele anzupassen.

Zusammenfassend bleibt anzumerken, dass eine mögliche geburtshilfliche Vorbelastung am Beginn einer stationären Psychotherapie immer erfragt werden sollte, und sei es nur zum Ausschluss von anhaltenden psychischen Folgebelastungen. Ob es einer weiteren Einbeziehung in die therapeutische Arbeit bedarf kann anschließend gemeinsam mit der betroffenen Patientin entschieden werden.

Neben der Berücksichtigung des Themas in der direkten Patientenarbeit sprechen insbesondere die Ergebnisse der Vorstudie 2 dafür, darüber hinaus die Sensibilisierung der Behandler und dabei insbesondere der psychologischen Psychotherapeuten anzustreben.

Wenn eine geburtshilflich vorbelastete Patientin ihre entsprechenden Erfahrungen gut für sich verarbeitet hat, ist die Erfassung der geburtshilflichen Anamnese in wenigen Minuten abgeschlossen. Es entsteht weder Zeit- noch Ressourcenverlust.

Wenn diesbezüglich jedoch unverarbeitete Probleme bestehen, kann dieses Erkenntnis und die entsprechende Berücksichtigung des Themas in der Psychotherapie bereits zu Beginn der Behandlung wertvolle Hinweise und Ansatzpunkte für die weitere Therapie der akuten psychischen Störung liefern, welche sonst eventuell erst im Verlauf oder gar nicht zur Sprache gekommen wären. Unabhängig von der Kausalität der Zusammenhänge und unabhängig davon, ob die geburtshilfliche Vorbelastung zur Entstehung der aktuellen Psychopathologie beigetragen hat, die Aufrechterhaltung begünstigt oder die Behandlung und Genesung erschwert, können dadurch bedeutende Ansatzpunkte zu Tage gefördert werden.

Deshalb sollte das Thema „Geburtshilfliche Vorbelastung“ beispielsweise in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten Beachtung finden. Ob dies in einem eigenen Seminar

stattfindet oder im Rahmen der Erweiterung zu Seminaren, welche allgemeine Zusammenhänge zwischen körperlichen Erkrankungen und Beschwerden und psychischen Störungen beleuchten, ist dabei zweitrangig.

7.8 Methodenkritische Überlegungen und Ausblick

Bisher vorliegende Untersuchungen beschäftigten sich vorwiegend mit möglichen psychischen Auffälligkeiten zeitnah nach Schwangerschaftsverlusten und -abbrüchen und greifen bei der Rekrutierung der Teilnehmerinnen auf Patientinnen in Frauenkliniken zurück (Schnittstelle 1, siehe Abschnitt 2.2., S. 20). Die Relevanz psychischer und psychologischer Themen in der geburtshilflichen Arbeit wurde mit zahlreichen dieser Untersuchungen nachgewiesen.

Die vorliegende Untersuchung hatte dem gegenüber zum Ziel, die Schnittstelle „Geburtshilfliche Themen in der stationären Psychotherapie“ (Schnittstelle 2, siehe Abschnitt 2.3., S. 51) näher zu beleuchten und die Relevanz von geburtshilflichen Vorbelastungen und möglicherweise anhaltenden psychischen Belastungen für die psychotherapeutische Arbeit im stationären Setting zu prüfen.

Anhand der gewonnenen Daten können erstmals systematische Angaben zu Häufigkeiten und Verteilungen geburtshilflicher Vorbelastungen an einer Stichprobe von stationär psychosomatischen Patientinnen, im Vergleich zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung gemacht werden. Die Durchführung der Untersuchung erfolgte in einer großen psychosomatischen Einrichtung mit breitem Behandlungsspektrum, einem großen Zuweiserkreis und Patientinnen aus ganz Deutschland. Dennoch wäre eine Überprüfung der vorliegenden Ergebnisse in weiteren stationär-psychosomatischen Einrichtungen von Interesse.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um ein retrospektives Design. Im Idealfall würden zum vorliegenden Thema prospektive Untersuchungen an einer großen Stichprobe junger Frauen (beispielsweise einer Kohorte) durchgeführt werden, welche die systematische Dokumentation aller sich im Verlauf der Untersuchung einstellenden Schwangerschaften und Geburten und möglicherweise auftretenden psychischen Auffälligkeiten sowie psychotherapeutischen Behandlungen – ambulant und stationär – ermöglichten. Nur anhand solcher Daten wären stichfeste Aussagen zu eventuellen Kausalitäten möglich.

Im Falle der vorliegenden Untersuchung wäre außerdem eine stärkere Objektivierung der retrospektiven Angaben wünschenswert gewesen. Beispielsweise hätten geburtshilfliche Krankenhaus- oder Arztberichte, aber auch Berichte von behandelnden psychiatrischen Fachärzten oder Psychotherapeuten beziehungsweise Therapieberichte über zurückliegende stationäre Aufenthalte in psychosomatischen oder psychiatrischen Einrichtungen genauere Angaben zum zeitlichen Ineinandergreifen von geburtshilflichen Ereignissen und psychischen Besonderheiten

möglich gemacht. Kausalitäten hätten trotz des enormen Mehraufwandes dennoch nicht abgeleitet werden können.

Zusätzlich wären noch viele weitere in Frage kommende Indikatoren und Prädiktoren für eine anhaltende psychische Belastung, wie beispielsweise die Qualität der Paarbeziehung zum Zeitpunkt der geburtshilflichen Vorbelastung interessant gewesen. Allerdings war die Untersuchung auch in ihrer durchgeführten Form sehr umfangreich. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sie von den stationären Teilnehmerinnen neben deren umfassenden Therapieprogramm und teilweise weiteren Studien bearbeitet wurde, mussten inhaltliche Einschränkungen vorgenommen werden.

Sowohl ambulant als auch stationär sind die Rücklaufquoten – angesichts des hohen zeitlichen Aufwands und des sensiblen Themas – als gut einzuschätzen.

Es ist nicht von einer Überschätzung von Häufigkeiten geburtshilflicher Vorbelastung oder einer Überschätzung des Ausmaßes von möglicherweise anhaltender Belastung auszugehen, da sich in den Gruppen der Nichtteilnehmerinnen einige Frauen befanden, welche die Teilnahme aufgrund von zu hoher Belastung durch dieses Thema ablehnten. Die Daten sind damit eher als konservativ zu werten.

Weitere, im besten Fall prospektive Untersuchungen, oder spezifische Untersuchungen an der Untergruppe der Frauen, welche eine über Jahre hinweg anhaltende psychische Belastung durch ihre geburtshilfliche Vorbelastung erleben, sind sowohl innerhalb der Allgemeinbevölkerung als auch in der stationären Psychosomatik sinnvoll. Sie könnten neben auffälligen Attributions- und Verarbeitungsstrategien weitere Ansatzpunkte aufdecken, die in der Prävention aber auch innerhalb einer möglicherweise notwendigen Therapie genutzt werden könnten.

8 Literatur

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adeyemi, A., Mosaku, K., Ajenifuja, O., Fatoje, F., Makinde, N. & Ola, B. (2008). Depressive symptoms in a sample of women following perinatal loss. *Journal of the National Medical Association*, 100, 1463-1468.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41-44.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. A review. *American Psychologist*, 47, 1194-1204.
- Agerbo, E., Mortensen P. B. & Munk-Olsen, T. (2012). Childlessness, parental mortality and psychiatric illness: A natural experiment based on in vitro fertility treatment and adoption. *Journal of Epidemiology and Community Health*, online first.
- Ahmed, S., Hewison, J., Green, J. M., Cuckle, H. S., Hirst, J. & Thornton, J. G. (2008). Decisions about testing and termination of pregnancy for different fetal conditions: A qualitative study of European white and Pakistani mothers of affected children. *Journal of Genetic Counseling*, 17, 560-572.
- Alder, J., Christen, R., Zemp, E., & Bitzer, J. (2007). Communication skills training in obstetrics and gynaecology: Whom should we train? A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 276, 605-612.
- American Psychological Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104, 467-476.
- Ashton, J. R. (1980). The psychosocial outcome of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87, 1115-1122.
- Austin, M. P. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period: Future directions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 41-44.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Badenhorst, W. & Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 249-259.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 245-256.
- Banhidy, F., Acs, N., Puho, E. & Czeizel, A. E. (2006). Association between maternal panic dis-

- orders and pregnancy complications and delivery outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124, 47-52.
- Barnow, S., Ball, J., Döring, K., Lucht, M., Freyberger, H. J. & Fischer, W. (2001). Psychosoziale Merkmale und subjektives Befinden bei Frauen vor und nach stationärem indikationslosen Schwangerschaftsabbruch. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51, 356-364.
- Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology & Psychotherapy*, 77, 493-510.
- Barr, P. & Cacciatore, J. (2008). Personal fear of death and grief in bereaved mothers. *Death Studies*, 32, 445-460.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Benute, G. R., Nomura, R. M., Liao, A. W., Brizot, M. D., de Lucia, M. C. & Zugaib, M. (2012). Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*, 28, 472-475.
- Bergant, A. M., Reinstadler, K., Moncayo, H. E., Sölder, E., Heim, K., Ulmer, H. et al. (1997). Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause of recurrent spontaneous abortion. *Human Reproduction*, 12, 1106-1110.
- Bergner, A. (2007). *Unerwarteter Verlust und neue Hoffnung: Fehlgeburten, ihre Verarbeitung und die Folgen für eine neue Schwangerschaft*. Berlin: Humboldt Universität.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. & Rauchfuß, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 1-9.
- Bestattungsgesetz Bayern Art. 6, 1974.
- Bestattungsgesetz Berlin § 15, 1995.
- Beutel, M. (2002). *Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und Fehlbildung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M., Deckhardt, R., Schaudig, K., Franke, S. & Zauner, R. (1992). Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort – Eine Studie über systematische Erfassung und Einflussfaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 42, 158-166.
- Beutel, M., Deckardt, R., von Rad, M. & Weiner, H. (1995a). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517-526.
- Beutel, M., Will, H., Völkl, K., von Rad, M. & Weiner, H. (1995b). Erfassung von Trauer am Beispiel des Verlustes einer Schwangerschaft: Entwicklung und erste Ergebnisse zur Validität der Münchner Trauerskala. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 45, 295-302.

- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Ludicke, F., Bianchi, P. G., Fert, D., Bonvallat, F. et al. (2001). Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 83-90.
- Bitzer, J. (2003). Psycho-Neuro-Endokrinologie des Stresses: Die Bedeutung für die psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 445-452.
- Blackmore, E. R., Cote-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J. et al. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198, 373-378.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Bowles, S. V., Bernard, R. S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R. et al. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion: A pilot study of patient characteristics associated with these disorders. *Journal of Family Practice*, 55, 969-973.
- Bradshaw, Z. & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth*, 31, 138-142.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464.
- Brigham, S.A., Conlon, C. & Farquharson, R.G. (1999). A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. *Human Reproduction*, 14, 2868-2871.
- Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S. & Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 265-271.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, O. (2005a). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 27, 36-43.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, O. (2005b). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3, 18.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, O. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 317-323.
- Bundesministerium der Justiz (2008). Personenstandsverordnung vom 22. November 2008.
- Cacciatore, J. (2010). Stillbirth: Patient-centered psychosocial care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53, 691-699.

- Cacciatore, J., Radestad, I. & Froen J.F. (2008). Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth*, 35, 313-320.
- Cacciatore, J., Schnebly, S. & Froen, J.F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community*, 17, 167-176.
- Cagnacci, A. & Volpe, A. (2001). Is voluntary abortion a seasonal disorder of mood? *Human Reproduction*, 16, 1748-1752.
- Carter, D., Misri, S. & Tomfohr, L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50, 154-165.
- Christiansen, O.B. (1996). A fresh look at the causes and treatments of recurrent miscarriage, especially its immunological aspects. *Human Reproduction Update*, 2, 271-293.
- Clifford, K., Rai, R. & Regan, L. (1997). Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Human Reproduction*, 12, 387-389.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M. & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 770-776.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C. & Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 137-142.
- Cousens, S., Blencowe, H., Stanton, C., Chou, D., Ahmed, S. & Steinhardt, L. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *The Lancet*, 377, 1319-1330.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregorio, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R. et al. (2009). Quality of life, depression, and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 127, 185-189.
- Davies, V., Gledhill, J., McFadyen, A., Whitlow, B. & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25, 389-392.
- Dhont, M. (2003). Recurrent Miscarriage. *Current Women's Health Reports*, 3, 361-366.
- Diehl, J.M. & Arbinger, R. (1992). *Einführung in die Inferenzstatistik*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.
- Diehl, J.M. & Staufenbiehl, T. (2001). *Statistik mit SPSS Version 10.0*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz.
- Dimpfl, T. & Stumpfe, M. (2005). Pathologie der Anlage und Entwicklung der Schwangerschaft. In M. Stauber & T. Weyerstahl (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Thieme.
- Dingle, K., Alati, R., Clavarino, A., Najman, J. M. & Williams, G. M. (2008). Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: An Australian birth cohort study. *British Journal of*

- Psychiatry*, 193, 455-460.
- Dunmore, E., Clark D. M. & Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent vs. recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Elder, S. H. & Laurence, K. M. (1991). The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 11, 47-54.
- Engelhard, I. M. (2004). Miscarriage as a traumatic event. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47, 547-551.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A. & Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 67-78.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. & Schouten, E. G. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry*, 28, 414-417.
- Erlandsson, K., Säflund, K., Wredling, R. & Radestad, I. (2011). Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 139-152.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Faure, S. & Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33, 28-38.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 444-451.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 16-24.
- Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142, 23-29.
- Fertl, K. I., Beyer, R., Geissner, E. & Rauchfuss, M. (2010a). Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in der stationären psychosomatischen Versorgung – eine hypothesengenerierende Feldexploration. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60, 298-306.
- Fertl, K. I., Beyer, R., Geissner, E. & Rauchfuß, M. (2010b). Subjektive Einschätzungen von Psychotherapeuten hinsichtlich Häufigkeit und Wichtigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen in der

Psychotherapie. In B. Maier, C. Braun, D. Schuster, A., Wenger & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Verbindung – Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Fisher, J. (2012). Supporting patients after disclosure of abnormal first trimester screening results. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12, 109-113.

Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)*. Göttingen: Hogrefe.

Friebe, A., Douglas, A., Solano, E., Hagen, E., Blois, S., Clark, D. A. et al. (2011). Neutralization of LPS or blockage of TLR4 signaling prevents stress-triggered abortions in murine pregnancy. *Journal of Molecular Medicine*, 89, 689-699.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012). Lebendgeborene, Totgeborene, Gestorbene und Saldo der Lebendgeborenen und Gestorbenen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht. *gbe-bund.de*. Aufgerufen am 02.04.2012.

Geller, P. A., Kerns, D. & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.

Geller, P. A., Klier, C. M. & Neugebauer, R. (2001). Anxiety disorders following miscarriage. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 432-438.

Geller, P. A., Psaros, C. & Kornfield, S. L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want?. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 111-124.

Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H. & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *European Journal of Public Health*, 15, 459-463.

Gold, K. J., Dalton, V. K., Schwenk, T. L. & Hayward, R. A. (2007). What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. *General Hospital Psychiatry*, 29, 207-213.

Graham, M. L., Hill, E., Shelley, J. M. & Taket, A. R. (2011). An examination of the health and wellbeing of childless women: A cross-sectional exploratory study in Victoria, Australia. *BMC Women's Health*, 11, 1-7.

Griebel, C. P., Halvorsen, J., Golemon, T. B. & Day, A. A. (2005). Management of spontaneous abortion. *American Family Physician*, 72, 1243-1250.

Habayeb, O. M. H. & Konje, J. C. (2004). The one-step recurrent miscarriage clinic: An evaluation of its effectiveness and outcome. *Human Reproduction*, 19, 2952-2958.

Harris, A. A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 105-112.

Hautzinger, M. <http://www.psychische-gesundheit.info/35-affektive-stoerungen/depression-affektive-stoerungen-hautzinger.htm>. Aufgerufen am 04.02.2012.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressionsinventar (BDI)*. Göttingen: Hogrefe.

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II. Beck-Depressionsinventar. Revision. 2. Auflage*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heikinheimo, O., Gissler, M. & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion, and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, 78, 149-154.
- Hemmerling, A., Siedentopf, F. & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 23-31.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL für ICD-10 Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Manual. Bern: Hans Huber Verlag.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, M. D. (1997). Criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 905-910.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hughes, P. M., Turton, P. & Evans, C. D. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *British Medical Journal*, 318, 1721-1724.
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W. & Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31, 57-64.
- Iles, S. & Gath, D. (1993). Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality. *Psychological Medicine*, 23, 407-413.
- Jacobs, S. & Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24, 479-495.
- Janssen, H., Cuisinier, M., Hoogduin, K. & Graauw, K. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153, 226-230.
- Jivraj, S., Anstie, B., Cheong, Y.-C., Fairlie, F. M., Laird, S. M. & Li, T. C. (2001). Obstetric and neonatal outcome in women with a history of recurrent miscarriage: A cohort study. *Human Reproduction*, 16, 102-106.
- Jones, I. & Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders - Suggestions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 33-36.
- Kaasen, A., Helbig, A., Malt, U. F., Naes, T., Skari, H. & Haugen, G. (2010). Acute maternal social dysfunction, health perception, and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 1127-1138.
- Kainer, F. (2003). Geburtshilfliche Erkrankungen. In J. W. Dudenhausen, H. P. G. Schneider & G. Bastert (Hrsg.), *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. Berlin: de Gruyter.
- Karimi, K. & Arck, P. C. (2010). Natural Killer cells: Keepers of pregnancy in the turnstile of the

environment. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 24, 339-347.

- Kashanian, M., Akbarian, A. R., Baradaran, H. & Shabandoust, S. H. (2006). Pregnancy outcome following a previous spontaneous abortion (miscarriage). *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 61, 167-170.
- Keefe-Cooperman, K. (2004). A comparison of grief as related to miscarriage and termination for fetal abnormality. *Omega: Journal of Death and Dying*, 50, 281-300.
- Kero, A., Hogberg, U., Jacobsson, L. & Lalos, A. (2001). Legal abortion: A painful necessity. *Social Science & Medicine*, 53, 1481-1490.
- Kero, A., Hogberg, U. & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth - Long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.
- Kero, A. & Lalos, A. (2004). Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 135-143.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E. et al. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 9-14.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K. & Wagner, B. (2011). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: Pilot data from a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 465-477.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S. & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: Concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32, 72-78.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhardt, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K. et al. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth - A 14-month follow up study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 193-202.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhardt, J., Ludorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P. et al. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 437-443.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., Klockenbusch, W., Lanczik, M. & Arolt, V. (2004). Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 163-169.
- Klier, C. M., Geller, P. A. & Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Journal of Affective Disorders*, 59, 13-21.
- Klier, C. M., Geller, P. A. & Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 129-149.
- Klock, S. C., Chang, G., Hiley, A. & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortions. *Psychosomatics*, 38, 503-507.

- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M. et al. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25, 253-260.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Potters, C. M. et al. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal abnormalities. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J. & Visser, G. H. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 160-167.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78, 651-656.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 487-490.
- Kuse-Isingschulte, M. W., Beutel, M., Hahlweg, B. C., Stauber, M. & Schneider, K. T. M. (1996). Zur psychischen Verarbeitung einer Totgeburt. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56, 380-389.
- Langenmeyer, A. (1999). *Trauerbegleitung, Therapie-Beratung, Fortbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Läpple, M. & Lukesch, H. (1988). Psychische und psychosoziale Faktoren sowie relevante therapeutische Maßnahmen bei Spontanaborten (SA) und rezidivierenden Spontanaborten (RSA) bzw. habituellen Aborten (HA). *Zentralblatt für Gynäkologie*, 110, 1185-1194.
- Lee, C. & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 235-244.
- Lee, C., Slade, P. & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaption in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 47-58.
- Lee, D. T. S., Wong, C. K., Ungvari, G. S., Cheung, L. P., Haines, C. J. & Chung, T. K. H. (1997). Screening psychiatric morbidity after miscarriage: Application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosomatic Medicine*, 59, 207-210.
- Leeners, B., Imthurn, B., Hugi, A., Neises, M. & Delex-Zaiontz, N. (2006). Gyneco-psychosomatic counseling in Germany and Switzerland - Aims and state of the art. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 91-94.
- Li, T. (1998). Guides for practitioners – Recurrent miscarriage: Principles of management. *Human Reproduction*, 13, 478-482.
- Lim, K. J. H., Odukoya, O. A., Li, T. C. & Cooke, I. D. (1996). Cytokines and immuno-endocrine factors in recurrent miscarriage. *Human Reproduction Update*, 2, 469-481.

- Lin, S. X. & Lasker, J. N. (1996). Patterns of grief reaction after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 262-271.
- Lok, I. H. & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 229-247.
- Lok, I. H., Yip, A. S., Lee, D. T., Sahota, D. & Chung, T. K. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*, 93, 1966-1975.
- Löwe, B., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Heidelberg: Pfizer.
- Lowenstein, L., Deutsch, M., Gruberg, R., Solt, I., Yagil, Y., Nevo, O. et al. (2006). Psychological distress symptoms in women undergoing medical vs. surgical termination of pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 28, 43-47.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfaktoren: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 863-890.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. et al. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.
- Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R. & Bush, F. (2008). Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 274-279.
- McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 37-48.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortions. *Journal of Social Issues*, 48, 67-93.
- Molinski, H. (1988). Psychosomatische Aspekte der Fehlgeburt. *Der Gynäkologe*, 21, 273-275.
- Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K. & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, 3-14.
- Nakamura K., Sheps, S. & Arck, P.C. (2008). Stress and reproductive failure: Past notions, present insights and future directions. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 25, 47-62.
- Neugebauer, R., Baxi, L., Markowitz, J., Kline, J., Bleiberg, K., Ferro, T. et al. (2001). Randomized controlled trial of time-limited, telephone administered bereavement counseling following miscarriage. *Archives of Women's Mental Health* 3 (suppl. 2), 44.
- Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J. C., Rosing, M. et al. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression & Anxiety*, 24, 219-222.

- Neugebauer, R., Kline, J., Markowitz, J. C., Bleiberg, K. L., Baxi, L., Rosing, M. A. et al. (2006). Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1299-1304.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A. et al. (1992). Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166, 104-109.
- Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P. A. et al. (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *Journal of the American Medical Association*, 277, 383-388.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R. & Nicolaides, K. H. (1998). Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, 145-154.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R. & Nicolaides, K. H. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 283-290.
- Nikcevic, A. V., Tunkel, S. A. & Nicolaides, K. H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 11, 123-128.
- Nobili, M. P., Piergrossi, S., Brusati, V. & Moja, E. A. (2007). The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 65, 361-368.
- Pasnau, R. O. (1972). Psychiatric complications of therapeutic abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 40, 252-256.
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428.
- Peterson, C., Buchanan, G. M. & Seligman, M. E. P. (1995). Explanatory style: History and evolution of the field. In G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Porter, T. F. & Scott, J. R. (2005). Evidence-based care of recurrent miscarriage. *Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19, 85-101.
- Porz, F. & Schmid, U. (2005). Begleitung von Eltern sterbender Neugeborener. *Gynäkologische Praxis*, 29, 707-715.
- Ramer-Chrastek, J. & Thygeson, M. V. (2005). A perinatal hospice for an unborn child with a life-limiting condition. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 274-276.
- Rauchfuß, M. (1999). Psychosomatische Aspekte des Abortgeschehens. In M. Stauber, H. Kentenich & R. Richter (Hrsg.), *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. Berlin: Springer.
- Rauchfuß, M., Begenau, J. & Bodnar, I. (1996). Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in

der Schwangerschaft. Berliner Forschungsverbund Public Health, unveröffentlichter Forschungsbericht.

- Rauchfuß, M., Kentenich, H., Siedentopf, F. & Danzer, G. (2005). New challenges in medical education. The psychosomatic training program for gynecologists in Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 85-91.
- Rigatelli, M., Galeazzi, G. M. & Palmieri, G. (2002). Consultation-liaison psychiatry in obstetrics and gynecology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23, 165-172.
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A. & Occhiogrosso, M. (2009). Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 268-290.
- Rohde, A. & Dorn, A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rosner, R., Pfoh, G. & Kotoucová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. <http://www.eurojnlpsychotraumatol.net/index.php/ejpt/article/view/7995>. Aufgerufen am 04.02.2012.
- Rowlands, I. & Lee, C. (2009). Correlates of miscarriage among young women in the Australian longitudinal study on women's health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 40-53.
- Rubin, L. & Russo, N. F. (2004). Abortion and mental health: What therapists need to know. *Women & Therapy*, 27, 69-90.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J. & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10, 5-16.
- Schaap, A. H. P., Wolf, H., Bruinse, H. W., Barkhof-van de Lande, S. & Treffers, P. E. (1997). Long-term impact of perinatal bereavement – Comparison of grief reactions after intrauterine versus neonatal death. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 75, 161-167.
- Schedlowski, M. & Tewes, U. (1996). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Scheidt, C. E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A. & Kersting, A. (2007). Trauerverarbeitung nach Prä- und Perinatalverlust. Prävalenz, klinisches Bild und Behandlung – Eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 57, 4-11.
- Schmidt-Matthiesen, H. & Schauf, B. (2005). Regelwidrige Schwangerschaft. In H. Schmidt-Matthiesen & D. Wallwiener (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Schattauer.
- Schott, J. & Henley, A. (2010). After a late miscarriage, stillbirth or neonatal death. *Journal of Family Health Care*, 20, 116-118.
- Serrano, F. & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 585-594.

- Sheiner, E., Levy, A., Katz, M. & Mazor, M. (2005). Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 118, 61-65.
- Silver, R. M., Varner, M. W., Reddy, U., Goldenberg, R., Pinar, H., Conway, D. et al. (2007). Work-up of stillbirth: A review of the evidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196, 433-444.
- Sit, D., Rothschild, A. J., Creinin, M. D., Hanusa, B. H. & Wisner, K. L. (2007). Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion. *Human Reproduction*, 22, 878-884.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. & Stewart, P. (2001). Termination of pregnancy: Patients' perceptions of care. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27, 72-77.
- Smart, L. S. (2003). Old Losses: A retrospective study of miscarriage and infant death 1926-1955. *Journal of Women & Aging*, 15, 71-91.
- Soares, C. N. (2010). DSM-V and reproductive-related psychiatric disorders: A closer look at windows of vulnerability. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 15-16.
- Staines, N., Brostoff, J. & James, K. (1999). *Immunologisches Grundwissen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2012). Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2011. Fachserie 12, Reihe 3.
- Steinberg, J. R. & Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship?. *Social Science & Medicine*, 67, 238-252.
- Strafgesetzbuch § 218 a Abs. 2
- Stray-Pedersen, B. & Stray-Pedersen, S. (1984). Etiologic factors and subsequent reproductive outcome in 195 couples with a prior history of habitual abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 148, 140-146.
- Stray-Pedersen, B. & Stray-Pedersen, S. (1988). Recurrent abortion: The role of psychotherapy. In R. W. Beard & F. Sharp (eds.), *Early pregnancy loss: Mechanism and treatment*. New York: Springer.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. A. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Surkan, P. J., Radestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P. W. (2009). Social support after stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88, 1358-1364.
- Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 191-206.
- Swanson, K. M., Chen, H.-T., Graham, J. C., Wojnar, D. M. & Patras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health*, 18, 1245-1257.

- Taft, A. J. & Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: The confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8, 75.
- Teixeira, J. M. A., Fisk, N. M. & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *British Medical Journal*, 318, 153-157.
- Tempfer, C. (2006). Spontaner Frühabort: Ursachen und Risikofaktoren. *Gynäkologische Praxis*, 30, 19-28.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N. & Aldaheff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449.
- Trautmann, K., Siedentopf, F. & Rauchfuß, M. (2004). Die Fehlgeburt. In M. Beckermann & F. Perl (Hrsg.), *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe, Band 2*. Basel: Schwabe.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates, and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*, 178, 556-560.
- Walker, T. & Davidson, K. A. (2001). A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 7-16.
- Weidner, K., Siedentopf, F., Zimmermann, K., Bittner, A., Richter, J., Joraschky, P. et al. (2008). Which gynecological and obstetric patients want to attend psychosomatic services?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 280-289.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer.
- Weltgesundheitsorganisation (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), 10. Auflage: ICD 10*. Bern: Hans-Huber-Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 4. Auflage*. Bern: Hans-Huber-Verlag.
- Wong, M. K., Crawford, T. J., Gask, L. & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: Implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.
- Wool, C. (2011). Systematic review of the literature: Parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly. *Advances in Neonatal Care*, 11, 182-192.
- World Health Organization. (1990). *Composite International Diagnostic Interview*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yilmaz, N., Kanat-Pektas, M., Kilic, S. & Gulerman, C. (2010). Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23, 541-544.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Znoj, H.J. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.

Znoj, H.J. (2009). Trauer. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5, 317-333.

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass die vorliegende Dissertation „Prädiktoren und Indikatoren für eine anhaltende psychische Belastung bei stationär psychosomatischen Patientinnen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“ von mir selbstständig und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt wurde.

Die Promotionsordnung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II vom 14.07.2005 habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Dissertation wurde in dieser oder einer ähnlichen Form bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

München, den 08. Oktober 2013

Dipl.-Psych. Kerstin Iris Treppesch

10 Lebenslauf

11 Publikationen und Vorträge

Wissenschaftliche Vorträge und Poster

Fertl, K. I. (2007, März). Ausprägungen und Auswirkungen von Ängsten in einer Schwangerschaft nach Fehlgeburtserfahrung. Vortrag auf der 36. Jahrestagung der DGPF in München.

Fertl, K. I. (2008, Februar). Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in der stationären psychosomatischen Versorgung. Vortrag auf der 37. Jahrestagung der DGPF in Berlin.

Fertl, K. I. (2008, Juni). Prädiktoren und Indikatoren für eine anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. –abbrüchen. Vortrag im Forschungskolloquium Kognitive Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin.

Fertl, K. I. (2008, Dezember). Geburtshilfe und Psychosomatik – Berührungspunkte. Vortrag im Weiterbildungscurriculum der Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee.

Fertl, K. I. (2009, März). Subjektive Einschätzungen von Psychotherapeuten hinsichtlich Häufigkeit und Wichtigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen in der Psychotherapie. Poster auf der 1. Gynäkologisch-Psychosomatischen Drei-Länder-Tagung in Salzburg.

Fertl, K. I. (2009, März). Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in der stationären psychosomatischen Versorgung. Vortrag auf dem 60. DKPM / 17. DGPM-Kongress in Mainz.

Fertl, K. I. (2011, März). Geburtshilfliche Vorbelastung – ein Thema für die stationäre Psychotherapie? Poster auf dem 62. DKPM / 19. DGPM-Kongress in Essen.

Wissenschaftliche Publikationen

Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R. & Rauchfuß, M. (2008). Ausprägungen und Auswirkungen von Ängsten in einer Schwangerschaft nach Fehlgeburtserfahrung. In R. Kästner, G. Debus & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Dialog zwischen Klinik und Praxis* (S. 139-150). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Fertl, K. I., Beyer, R., Geissner, E. & Rauchfuß, M. (2009). Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in der stationären psychosomatischen Versorgung – eine hypothesengenerierende Feldexploration. In F. Siedentopf, M. David, J.-P. Siedentopf, A. Thomas & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Moderne* (S. 231-239). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F. & Rauchfuß, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142 (1), 23-29.

Fertl, K. I., Beyer, R., Geissner, E. & Rauchfuß, M. (2010). Subjektive Einschätzungen von Psychotherapeuten hinsichtlich Häufigkeit und Wichtigkeit geburtshilflicher Vorbelastungen in der Psychotherapie. In B. Maier, C. Braun, D. Schuster, A. Wenger & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Verbindung – Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe* (S. 341-348). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Fertl, K. I., Beyer, R., Geissner, E. & Rauchfuß, M. (2010). Frauen mit belasteter geburtshilflicher Anamnese in der stationären psychosomatischen Versorgung – eine hypothesengenerierende Feldexploration. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (8), 298-30.

12 Danksagung

Auf dem Weg der Erstellung dieser Arbeit hatte ich viele Begleiterinnen und Begleiter, denen mein Dank gehört:

Ein herzliches Dankeschön schicke ich an die Patientinnen der Klinik Roseneck und an die Frauen in Berlin, die durch ihre Teilnahme die vorliegende Arbeit erst möglich gemacht haben. Neben dem großen zeitlichen Aufwand, den sie auf sich genommen haben, bedanke ich mich besonders herzlich für ihre Offenheit und die vielen positiven Rückmeldungen.

Ein besonders wichtiger Begleiter in der Ferne war Herr PD Dr. Reinhard Beyer. Ihm danke ich sehr herzlich für die umfassende, unablässige, geduldige und hoch motivierende Betreuung dieser Arbeit in methodischer, inhaltlicher und menschlicher Hinsicht.

Ein ebenso wichtiger Begleiter vor Ort in Prien war Herr Prof. Dr. Edgar Geissner. Herzlichen Dank für die Ermöglichung und Unterstützung der Erhebungen in der Klinik Roseneck, für die anhaltende Gesprächsbereitschaft sowie die vielen wertvollen inhaltlichen, methodischen und motivationalen Hilfestellungen.

Eine weitere sehr wichtige Begleiterin auf meinem Weg zu dieser Arbeit war Frau PD Dr. Martina Rauchfuß. Neben der umfassenden organisatorischen Unterstützung der ambulanten Erhebungen in Berlin bedanke ich mich besonders herzlich für die Einblicke in ihre langjährigen wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen an den Schnittstellen zwischen Gynäkologie und Psychosomatik.

Herzlich bedanken möchte ich mich ebenfalls bei Sarah Minschke, Dorit Leonhardt und Daniela Willuweit für die tatkräftige Unterstützung der Erhebungen in Berlin und Prien. Ein großer Dank geht auch an die weiteren Studentinnen und Studenten, welche im Rahmen von Praktika oder Studienprojekten an den Erhebungen beteiligt waren.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Elke van der Meer und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Forschungskolloquiums für ihre wertvollen Anregungen bedanken.

Bei Lina Knechtl bedanke ich mich sehr herzlich für die Korrekturschleifen, die gemeinsame Zeit auf Kongressen, die Motivation und den Humor. Ebenso geht mein Dank an Peter Knechtl für die wiederholte Unterstützung bei Formatierungsfragen.

Mein herzlicher Dank gilt Claudia Orsolleck, weil durch sie Berlin immer mein zweites Zuhause geblieben ist.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen weiteren langjährigen Freundinnen und Freunden, die mich trotz des großen Zeitaufwands und der manchmal angespannten Laune nicht losgelassen haben.

Sehr wichtige Begleiter waren meine Mutter Elfriede Sobek, ohne deren unermüdlichen Einsatz diese Arbeit vermutlich nie abgeschlossen worden wäre und mein Bruder Martin Fertl, der durch seinen festen Glauben an dieses Projekt immer wieder meine Motivation und meinen Willen geschürt hat. An beide ein herzliches Dankeschön!

Mein herzlichster Dank gilt meinem wichtigsten Wegbegleiter, meinem Mann Martin Treppesch. Ihm danke ich für seine Zuversicht, seine unerschütterliche Art, seine Ruhe und seine Kraft.

Von Herzen bedanke ich mich ebenso bei unserem Sohn Valentin für sein sonniges Gemüt, seine unkomplizierte Art und für den ein oder anderen langen Mittagsschlaf, der mir das Weiterarbeiten ermöglicht hat.

Zuletzt bedanke ich mich innig bei meiner Großmutter Zenta Sobek, der ich diese Arbeit widmen möchte. Sie hat den Grundstein dafür gelegt!

13 Anhang

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

Anhang A.1	Patientinneninformation Vorstudie 1	156
Anhang A.2	Einverständniserklärung Vorstudie 1	157
Anhang A.3	Screeningfragebogen zur geburtshilflichen Anamnese Vorstudie 1	158
Anhang A.4	Interviewleitfaden Vorstudie 1	161
Anhang B.1	Fragebogen für Therapeuten Vorstudie 2	166
Anhang C.1a	Patientinneninformation Hauptstudie stationär	169
Anhang C.1b	Patientinneninformation Hauptstudie ambulant	171
Anhang C.2	Einverständniserklärung Hauptstudie	173
Anhang C.3a	Screeningfragebogen Hauptstudie stationär	174
Anhang C.3b	Screeningfragebogen Hauptstudie ambulant	179
Anhang C.4	Fragebogen zum Verlauf bisheriger Schwangerschaften	184
Anhang C.5	Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsverlusten	187
Anhang C.6	Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation	190
Anhang C.7	Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung	194

Anhang A.1 Patientinneninformation Vorstudie 1

Patientinneninformation zum wissenschaftlichen Projekt

„Patientinnen mit zurückliegendem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“

Sehr geehrte Patientin,

derzeit wird in der Klinik Roseneck in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Humboldt-Universität zu Berlin ein Projekt zum Thema „Patientinnen mit vorausgegangenem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“ durchgeführt (Leitung: Herr Prof. Dr. E. Geissner, Klinik Roseneck, Herr PD Dr. R. Beyer, Humboldt Universität Berlin, Durchführung: Frau Dipl.-Psych. K. Fertl, Klinik Roseneck).

Aus bisherigen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Teil der betroffenen Frauen einen Schwangerschaftsverlust ohne anhaltende psychische Folgen verarbeiten kann. Für einen anderen Teil der Betroffenen besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, in der Folge einer solchen Verlustfahrung verschiedene psychische Beschwerden zu entwickeln.

Ziel dieser Studie ist es zu erfahren, ob Frauen mit zurückliegendem Schwangerschaftsverlust vermehrt stationäre psychosomatische Unterstützung in Anspruch nehmen. Darüber hinaus soll untersucht werden, aufgrund welcher Beschwerdebilder Frauen mit einer entsprechenden Verlustfahrung psychotherapeutische Behandlung aufsuchen. Langfristiges Ziel ist es, unsere Behandlungsmaßnahmen auf den Bedarf abzustimmen.

Wichtig ist, dass auch **Frauen ohne vorangegangenen Schwangerschaftsverlust** an der Studie teilnehmen, weil sie Informationen liefern, die es ermöglichen, Unterschiede zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen zu erkennen.

Die Teilnahme an der Studie besteht für Frauen **ohne** geburtshilfliche Vorbelastung aus dem Ausfüllen eines kurzen Fragebogens und dauert ca. 5 Minuten. Patientinnen **mit** einem Schwangerschaftsverlust in der Vorgeschichte bitten wir zu einem späteren Termin zusätzlich zu einem ca. 30-minütigen Interview, um die Art des Schwangerschaftsverlustes genauer zu erfassen. Dieses Interview wird von Frau Dipl.-Psych. K. Fertl durchgeführt.

Daten werden unter keinen Umständen in der Krankenakte vermerkt oder an Dritte weitergegeben. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgt freiwillig. Durch eine Nichtteilnahme entstehen für Sie keine Nachteile, und Ihre Entscheidung hat keinen Einfluss auf Ihre therapeutische Betreuung auf Station. **Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen.**

Sollten Sie weitere Fragen haben, steht Ihnen Frau Fertl gerne telefonisch unter der Nummer 2115 oder im direkten Gespräch zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin

Anhang A.2 Einverständniserklärung Vorstudie 1**Einverständniserklärung für Studienteilnehmerinnen**

„Patientinnen mit zurückliegendem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“

(Leitung: Prof. Dr. E. Geissner, Durchführung: Dipl.-Psych. K. Fertl)

(Name, Vorname der Patientin)

Ich bin über Sinn und Zweck der wissenschaftlichen Studie *„Patientinnen mit zurückliegendem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“* informiert worden. Hierzu wurde mir ein Merkblatt vorgelegt, und ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und klärende Antworten zu bekommen.

Ein Exemplar des Merkblattes wurde mir ausgehändigt.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme an dieser Untersuchung **freiwillig** ist und mir im Falle einer Nichtteilnahme oder eines Rücktrittes zu einem späteren Zeitpunkt, auch wenn dies ohne Begründung erfolgt, keine Nachteile entstehen.

Mir wurde versichert, dass meine sämtlichen Angaben streng vertraulich behandelt werden und grundsätzlich der gesetzlichen Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen unterliegen. Es werden keine Angaben an Dritte weitergegeben.

Es ist geplant die wesentlichen Ergebnisse der Studie zu einem späteren Zeitpunkt in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift zu veröffentlichen.

Ich habe den vorliegenden Text gelesen und bin mit der Teilnahme an der Studie einverstanden.

(Datum)

(Unterschrift Patientin)

(Datum)

(Unterschrift StudienmitarbeiterIn)

Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen an Ihrer Stationskanzel ab! Vielen Dank!

Anhang A.3 Screeningfragebogen zur geburtshilflichen Anamnese Vorstudie 1

Screeningfragebogen

„Patientinnen mit (und ohne!) zurückliegendem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“

Name: _____ Station: _____

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin,

Im Folgenden bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

Bitte füllen Sie diesen Bogen auch dann aus, wenn bei Ihnen keine geburtshilfliche Vorbelastung vorliegt. Dies liefert uns wichtige Vergleichsinformationen. Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung an Ihrer Stationskanzel ab.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin

Teil 1:

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer aktuellen Lebenssituation.

1. Wie ist Ihr Familienstand?

<input type="checkbox"/>	Ledig	<input type="checkbox"/>	Geschieden/getrennt lebend
<input type="checkbox"/>	Verheiratet	<input type="checkbox"/>	Verwitwet

2. Haben Sie einen festen Partner? Ja ☐ Nein ☐
3. Wenn ja, leben Sie mit Ihrem Partner zusammen? Ja ☐ Nein ☐
4. Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐

5. Wenn ja, wie alt sind diese?

6. Gab es in den letzten Jahren für Sie einschneidende Lebensereignisse?

(z.B. Geburt eines Kindes, Tod / Verlust eines Ihnen nahestehenden Menschen, wichtige Prüfungen, Arbeitslosigkeit, Opfer einer kriminellen Handlung)

Ja ☐ Nein ☐

7. Wenn ja, was waren das für Ereignisse? Bitte nennen Sie diese.

Teil 2:

Im Folgenden bitten wir Sie um Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

8. Lag bei Ihnen jemals eine Schwangerschaft vor? Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Befragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einverständniserklärung und diesen Fragebogen in Ihrer Stationskassette ab!

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung und wünschen Ihnen einen erfolgreichen Aufenthalt in der Klinik Roseneck.

Falls Sie diese Frage mit **Ja** beantwortet haben, fahren Sie bitte mit **Frage 9** fort.

9. Gab es eine oder mehrere Schwangerschaften, welche nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes endete/n?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Befragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einverständniserklärung und diesen Fragebogen in Ihrer Stationskassette ab!

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung und wünschen Ihnen einen erfolgreichen Aufenthalt in der Klinik Roseneck.

Falls Sie diese Frage mit **Ja** beantwortet haben, fahren Sie bitte mit **Frage 10** fort.

10. Falls ja, welche Form der Beendigung der Schwangerschaft hat vorgelegen?

Bitte geben Sie jeweils die entsprechende(n) Jahreszahl(en) an.

		Jahr	Jahr	Jahr	Jahr
	Entschluss zur Beendigung der Schwangerschaft aus psychosozialen Beweggründen				
	Beendigung der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation				
	Fehlgeburt (Verlust des Kindes bis zur 24. Schwangerschaftswoche)				
	Totgeburt (Verlust des Kindes nach der 24. Schwangerschaftswoche)				
	Lebendgeburt mit Tod des Kindes innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt				

11. Wie sehr fühlen Sie sich durch diese Erfahrung(en) aktuell belastet?

Gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 Extrem

12. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Verlust und Ihren aktuellen psychischen Beschwerden?

Ja ☐ Nein ☐

13. Wenn ja, welchen?

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Studie!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung an Ihrer Stationskanzel ab.

Sollten Sie **Frage 9** mit **Ja** beantwortet haben, wird die Projektmitarbeiterin Frau Dipl.-Psych. Kerstin Fertl in den kommenden Tagen mit Ihnen Kontakt aufnehmen um einen Termin für ein ca. 30-minütiges Interview zu vereinbaren.

Bis dahin wünschen wir Ihnen einen erfolgreichen Aufenthalt in der Klinik Roseneck!

Anhang A.4 Interviewleitfaden Vorstudie 1

Interviewleitfaden zur geburtshilflichen Anamnese

„Patientinnen mit (und ohne!) zurückliegendem Schwangerschaftsverlust in der stationären psychosomatischen Versorgung“

Durchführung: Frau Dipl.-Psych. Kerstin Fertl

Item (1) bis (20): Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand
(für die Fragestellungen der Vorstudie 1 nicht relevant)

Item (21) bis (27): Fragen zu bisherigen Behandlungen und Operationen
(für die Fragestellungen der Vorstudie 1 nicht relevant)

(28) Erste Schwangerschaft

a) Jahreszahl _____

b) Diese Schwangerschaft war ...

1	zu diesem Zeitpunkt geplant.	2	zu einem späteren Zeitpunkt geplant.
3	nicht geplant.		

c) Komplikationen / Besonderheiten

1	Keine Komplikationen	2	Starkes Erbrechen
3	Blutungen in der 1. Schwangerschaftshälfte	4	Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte
5	Vorzeitige Wehentätigkeit / drohende Frühgeburt	6	Gestose (Wasser in den Beinen, Eiweiß im Urin, Bluthochdruck)
7	Zeichen der Mangelentwicklung des Kindes	8	Risiko in der Vorgeschichte
9	Zwillingsschwangerschaft	10	Bauchhöhlen- bzw. Eileiterschwangerschaft
11	andere _____		

max. 3 Nennungen:

☐
☐
☐

d) Deshalb in ambulanter Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐

e) Deshalb in stationärer Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐

f) Die Schwangerschaft endete mit...

1	der termingerechten Geburt (nach der 37. SSW).	2	der termingerechten Geburt eines Kindes unter 2500 Gramm.
3	einer Frühgeburt vor der 37. SSW.	4	einer Totgeburt.
5	einer Fehlgeburt im 5. bis 7. Monat (SSW:).	6	einer Fehlgeburt im 1. Monat bis 4. Monat (SSW:).
7	einem Schwangerschaftsabbruch.		

Item (29) bis (35): **zweite bis achte Schwangerschaft**
(jeweils die selben Unterpunkte a) bis f) wie bei Item (28))

„Im Folgenden möchte ich Sie um einige Angaben zu Ihrem letzten SSV bitten.“

36. Der wievielte Schwangerschaftsverlust war Ihr letzter?

Es war der Schwangerschaftsverlust.

37. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Sie?

1	Sehr unerwünscht	2	Unerwünscht
3	Eher unerwünscht	4	Weder noch
5	Eher erwünscht	6	Erwünscht
7	Sehr erwünscht		

38. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Ihren Partner?

1	Sehr unerwünscht	2	Unerwünscht
3	Eher unerwünscht	4	Weder noch
5	Eher erwünscht	6	Erwünscht
7	Sehr erwünscht		

39. Wie wurde der letzte Schwangerschaftsverlust festgestellt?

Eintreten von Blutungen

Ja ☐ Nein ☐

Ultraschallbefund beim Frauenarzt

Ja ☐ Nein ☐

Spontaner Abgang der Frucht

Ja ☐ Nein ☐

40. Ist Ihnen die Diagnose, die bei Ihrem letzten SSV gestellt wurde, bekannt? Wenn ja, bitte nennen Sie die Diagnose:
-

41. Wurde nach Ihrem letzten Schwangerschaftsverlust eine Curettage (Ausschabung der Gebärmutter) vorgenommen?

Ja ☐ Nein ☐

42. Wurden Sie nach Ihrem letzten Schwangerschaftsverlust stationär behandelt?

Ja ☐ Nein ☐

(Copingsskala nach Bergner et al., 2008)

„Im Folgenden würde ich gerne erfahren, wie Sie versuchten oder versuchen, mit dem Verlust der Schwangerschaft umzugehen. Bitte geben Sie für jede der folgenden Nennungen an, wie stark sie für Sie zutrifft oder zutrifft.“

+ Erläuterung der Antwortkategorien

		trifft überhaupt nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft überwiegend zu	trifft ganz genau zu
(43)	Informationen über Schwangerschaftsverluste, Behandlung und Ursachen suchen	1	2	3	4	5	6
(44)	Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen	1	2	3	4	5	6
(45)	Herunterspielen der Bedeutung des Verlustes	1	2	3	4	5	6
(46)	Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	1	2	3	4	5	6
(47)	Sich selbst die Schuld geben	1	2	3	4	5	6
(48)	Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen	1	2	3	4	5	6
(49)	Einen Plan machen und danach handeln	1	2	3	4	5	6
(50)	Ungeduldig und gereizt auf Andere reagieren	1	2	3	4	5	6
(51)	Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel suchen	1	2	3	4	5	6
(52)	Sich mehr gönnen	1	2	3	4	5	6
(53)	Sich vornehmen intensiver zu leben	1	2	3	4	5	6
(54)	Entschlossen gegen das Geschehene ankämpfen	1	2	3	4	5	6
(55)	Sich selbst bemitleiden	1	2	3	4	5	6
(56)	Sich selbst Mut machen	1	2	3	4	5	6
(57)	Erfolge und Selbstbestätigung suchen	1	2	3	4	5	6
(58)	Abstand zu gewinnen versuchen	1	2	3	4	5	6
(59)	Den Schwangerschaftsverlust als Schicksal annehmen	1	2	3	4	5	6
(60)	Ins Grübeln kommen	1	2	3	4	5	6

		trifft überhaupt nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft überwiegend zu	trifft ganz genau zu
(61)	Versuch, in dem Verlust einen Sinn zu sehen	1	2	3	4	5	6
(62)	Sich damit trösten, dass es Andere noch schlimmer getroffen hat	1	2	3	4	5	6
(63)	Mit dem Schicksal hadern	1	2	3	4	5	6
(64)	Genau den ärztlichen Rat befolgen	1	2	3	4	5	6
(65)	Den Ärzten misstrauen, andere Ärzte aufsuchen	1	2	3	4	5	6
(66)	Anderen Gutes tun wollen	1	2	3	4	5	6
(67)	Sich gerne umsorgen lassen	1	2	3	4	5	6
(68)	Sich von anderen Menschen zurückziehen	1	2	3	4	5	6

(Attributionsskala nach Bergner et al., 2008)

„Es interessiert uns besonders, worauf Frauen ihren erlebten Schwangerschaftsverlust zurückführen, d.h. welche Umstände sie für den erlittenen Schwangerschaftsverlust als verantwortlich ansehen. Wir wollen dabei die ganz persönlichen, subjektiven Vermutungen der Frauen erfassen, die von außen gesehen möglicherweise irrational oder widersprüchlich erscheinen.

Daher möchte ich Sie bitten, die folgenden Aussagen danach zu bewerten, inwieweit sie auf Ihre persönliche Situation zutreffen. Beachten Sie bitte, dass unter den genannten Aussagen viele Begründungen sein werden, die Ihnen unsinnig erscheinen und fachlich auch tatsächlich nicht zu einem Schwangerschaftsverlust führen können. Es geht uns in erster Linie darum, Ihre Phantasien über die Ursachen Ihres Schwangerschaftsverlustes zu erfahren. Diese sind von Frau zu Frau ganz unterschiedlich.“

+ Erläuterung der Antwortkategorien

Meine Fehlgeburt führe ich darauf zurück, dass ...

		trifft überhaupt nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft überwiegend zu	trifft ganz genau zu
(69)	ich mir während der Schwangerschaft zu viel auf einmal vorgenommen hatte.	1	2	3	4	5	6
(70)	ich während der Schwangerschaft geraucht hatte.	1	2	3	4	5	6
(71)	das Kind nicht wirklich gewollt war.	1	2	3	4	5	6
(72)	ich zu wenig über notwendige Verhaltensmaßnahmen in der Schwangerschaft informiert war.	1	2	3	4	5	6
(73)	ich psychisch sehr stark unter Druck gestanden hatte.	1	2	3	4	5	6
(74)	ich so viel Angst hatte, es könnte etwas schief gehen, dass es dann auch wirklich passiert ist.	1	2	3	4	5	6

		trifft überhaupt nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft überwiegend zu	trifft ganz genau zu
(75)	mein Körper stark auf psychische Probleme reagiert.	1	2	3	4	5	6
(76)	ich psychisch sehr anfällig bin.	1	2	3	4	5	6
(77)	mir nicht alle medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung gestanden hatten.	1	2	3	4	5	6
(78)	ich zu viel Stress hatte.	1	2	3	4	5	6
(79)	es reiner Zufall war, der jeder Frau passieren kann.	1	2	3	4	5	6
(80)	mein Arzt nicht gründlich genug war und Dinge übersehen hatte.	1	2	3	4	5	6
(81)	ich wegen eines besonderen Ereignisses (Umzug, Urlaub im Ausland, Hochzeit, o.ä.) viel Hektik hatte.	1	2	3	4	5	6
(82)	ich irgendwie nicht glücklich werden darf.	1	2	3	4	5	6
(83)	ich vom Schicksal verfolgt bin.	1	2	3	4	5	6
(84)	die Ärzte nicht schnell genug reagiert haben.	1	2	3	4	5	6
(85)	mein Kind nicht gesund gewesen wäre. Daher hat die Natur eingegriffen.	1	2	3	4	5	6
(86)	ein krisenhaftes Ereignis vorgefallen war (z. B. Tod, Unfall, schwere Krankheit einer nahestehenden Person).	1	2	3	4	5	6
(87)	ich während der Schwangerschaft erkrankte (Erkältung, Grippe etc.).	1	2	3	4	5	6
(88)	es eine Entscheidung der Natur war.	1	2	3	4	5	6
(89)	Chromosomenschäden vorlagen.	1	2	3	4	5	6
(90)	Sonstiges: _____	1	2	3	4	5	6

Beendigung des Interviews:

„Hiermit ist die Befragung zu Ende. Für Fragen Ihrerseits stehe ich selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und viel Erfolg für Ihren weiteren Aufenthalt in der Klinik!

Alles Gute!“

Anhang B.1 Fragebogen für Therapeuten Vorstudie 2

Therapeutenbefragung

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Dieser Fragebogen ist Teil des Projektes „Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“. Er erfasst einige Einschätzungen hinsichtlich Ihrer beruflichen Berührungspunkte mit Patientinnen mit entsprechender Vorgeschichte.

Wir waren bemüht, den notwendigen zeitlichen Aufwand Ihrerseits möglichst gering zu halten. Die Befragung ist anonym. Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen ins Ausgangsfach Ihrer Station bzw. in das Fach von Kerstin Fertl.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

Alter: _____ Geschlecht: _____

Berufsgruppe: _____ Betriebszugehörigkeit seit: _____

Im Folgenden bitten wir Sie um einige **subjektive Einschätzungen** bezüglich verschiedener Charakteristika der Patientinnen, für die Sie bisher bezugstherapeutisch zuständig waren.

1. **Wie groß ist der Frauenanteil unter den Patienten, für die Sie bisher bezugstherapeutisch zuständig waren?**

Circa

--	--

 Prozent

2. **In welchem Bereich liegt der Altersdurchschnitt Ihrer weiblichen Patientinnen?**

< 20	20-30	30-40	40-50	50-60	> 60
------	-------	-------	-------	-------	------

3. Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen wiesen schätzungsweise eine geburtshilfliche Vorbelastung in Form von Schwangerschaftsverlusten bzw. –abbrüchen auf?

circa Prozent

4. Wie verteilen sich die betroffenen Frauen schätzungsweise auf die drei Untergruppen?

		Prozent
1	Schwangerschaftsverlust (Fehl- oder Totgeburt)	<input type="text"/>
2	Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation	<input type="text"/>
3	Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung	<input type="text"/>

5. Fragen Sie jede Ihrer Patientinnen bei Aufnahme nach den o.g. geburtshilflichen Vorbelastungen?

Ja ☐ Nein ☐

- 5a) Wenn ja, warum?

- 5b) Wenn nein, warum nicht?

6. Wie viele Jahre lagen die geburtshilflichen Vorbelastungen Ihrer Patientinnen im Durchschnitt schätzungsweise zurück?

Circa Jahre

7. Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen mit Schwangerschaftsverlusten bzw. –abbrüchen waren zum Zeitpunkt der psychosomatischen Behandlung dadurch nach wie vor psychisch belastet?

Circa Prozent

8. Wie sehr waren Ihre Patientinnen mit Ihnen bekannten zurückliegenden Verlust erfahrung dadurch bei Therapiebeginn belastet?

Gar nicht	1	2	3	4	5	6	7	Extrem
-----------	---	---	---	---	---	---	---	--------

9. Von welchen Faktoren hängt Ihrer Meinung nach die Entwicklung einer anhaltenden psychischen Belastung durch einen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch ab?

Bitte kreuzen Sie alles an, was Ihnen sinnvoll erscheint.

	Art des Verlustes (Fehlgeburt vs. Totgeburt)		Grund für den Abbruch (sozial vs. medizinisch)
	Schwangerschaftswoche beim Verlust		Schwangerschaftswoche beim Abbruch
	Zeit dafür, den Verlust zu betrauern		Freiheitsgrade bei der Entscheidungsfindung bei einem Abbruch nach der Beratungsregelung
	Fähigkeit, den Verlust zu betrauern		Sicherheit vs. Ambivalenz bei der Entscheidung für einen Abbruch nach der Beratungsregelung
	Güte der med. Betreuung während des Verlustes bzw. Abbruchs		Verfügbarkeit psychologischer Betreuung bei einem Verlust bzw. Abbruch
	Alter der Betroffenen		Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen
	Ausmaß des Kinderwunsches der Betroffenen		Ausmaß der sozialen Kompetenzen der Betroffenen
	Güte der Partnerschaft		Güte der sozialen Unterstützung
	Ursachenzuschreibungen hinsichtlich des Verlustes		Copingstrategien hinsichtlich Verlust bzw. Abbruch
	Ausmaß von Schuldgefühlen		Ausmaß von Schamgefühlen
	Offenheit im Umgang mit dem Verlust bzw. Abbruch		Kinder vs. Kinderlosigkeit
	Sonstiges:		Sonstiges:

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen ins Ausgangsfach Ihrer Stationskanzel oder in das Fach von Kerstin Fertl.

Anhang C.1a Patientinneninformation Hauptstudie stationär

Patientinneninformation zum wissenschaftlichen Projekt

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Im Rahmen unserer wissenschaftlichen Untersuchung möchten wir erfahren, welche Faktoren die psychische Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen beeinflussen. Aus bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Teil der betroffenen Frauen einen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch ohne anhaltende psychische Folgen verarbeiten kann. Für einen anderen Teil der Betroffenen besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, in der Folge einer solchen Verlusterfahrung verschiedene psychische Beschwerden zu entwickeln.

Ziel der Studie

Ziel unserer Studie ist die Erfassung von Risikofaktoren aber auch gesundheitserhaltenden Faktoren bei der Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen, um eine optimale Gestaltung einer unter Umständen notwendigen Unterstützung zu erreichen.

Ablauf und Dauer der Teilnahme

Wichtig ist, dass auch **Frauen ohne vorangegangenen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch** an der Studie teilnehmen, weil sie Informationen liefern, die es ermöglichen, Unterschiede zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen zu erkennen.

Zunächst bitten wir Sie darum, die beiliegende Einwilligungserklärung sowie die beiden **Übersichtsfragebögen** (Zeitaufwand ca. 10 Minuten) auszufüllen und an Ihrer Stationskanzel abzugeben. Im Anschluss erhalten Sie über Ihr Postfach einige **Fragebögen** zur Erfassung Ihres aktuellen psychischen Befindens. Frauen mit Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen erhalten zusätzlich Fragebögen zur Erfassung ihres Umgangs mit der Verlusterfahrung. Das Ausfüllen der Fragebögen kann nach eigener Zeiteinteilung erfolgen und nimmt insgesamt etwa 30 Minuten in Anspruch. Diese Fragebögen sollen ebenfalls an Ihrer Stationskanzel abgegeben werden.

Umgang mit Ihren Daten

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen. Ihre Daten werden durch ein Passwort anonymisiert und können damit nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können im Verlauf der Untersuchung ohne

Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme widerrufen.

Fragerecht / Mitteilungspflicht

Bei Fragen zu Belangen der Studienteilnahme und zu Ergebnissen der Studie können Sie sich an die Projektleiterinnen wenden. Frau Dipl.-Psych. K. Fertl erreichen Sie unter 08051/68-0, Frau PD Dr. M. Rauchfuß unter 030/450-553002.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Anhang C.1b Patientinneninformation Hauptstudie ambulant

Patientinneninformation zum wissenschaftlichen Projekt

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Im Rahmen unserer wissenschaftlichen Untersuchung möchten wir erfahren, welche Faktoren die psychische Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen beeinflussen. Aus bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Teil der betroffenen Frauen einen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch ohne anhaltende psychische Folgen verarbeiten kann. Für einen anderen Teil der Betroffenen besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, in der Folge einer solchen Verlusterfahrung verschiedene psychische Beschwerden zu entwickeln.

Ziel der Studie

Ziel unserer Studie ist die Erfassung von Risikofaktoren aber auch gesundheitserhaltenden Faktoren bei der Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen, um eine optimale Gestaltung einer unter Umständen notwendigen Unterstützung zu erreichen.

Ausschlusskriterien

Sollte eines der folgenden Kriterien auf Sie zutreffen, bitten wir Sie, die Unterlagen an unsere Studienmitarbeiterin zurückzugeben:

- Minderjährigkeit
- Akute Magersucht
- Aktuelle Schwangerschaft
- Schwangerschaftsverlust oder -abbruch, welcher weniger als ein Jahr zurückliegt

Ablauf und Dauer der Teilnahme

Wichtig ist, dass auch **Frauen ohne vorangegangenen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch** an der Studie teilnehmen, weil sie Informationen liefern, die es ermöglichen, Unterschiede zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen zu erkennen.

Zunächst bitten wir Sie darum, während Ihrer Wartezeit die beiliegende Einwilligungserklärung sowie die beiden **Übersichtsfragebögen** (Zeitaufwand ca. 10 Minuten) auszufüllen und an die Projektmitarbeiterin zurückzugeben. Im Anschluss erhalten Sie von ihr einige **Fragebögen** zur Erfassung Ihres aktuellen psychischen Befindens. Frauen mit Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen erhalten zusätzlich Fragebögen zur Erfassung ihres Umgangs mit der Verlusterfahrung. Das Ausfüllen der Fragebögen kann nach eigener Zeiteinteilung zu Hause erfolgen und nimmt insgesamt etwa 30 Minuten in Anspruch. Diese Fragebögen sollen möglichst innerhalb von zwei Wochen im von uns frankierten Rückumschlag an uns geschickt werden.

Umgang mit Ihren Daten

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen. Ihre Daten werden durch ein Passwort anonymisiert und können damit nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können im Verlauf der Untersuchung ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme widerrufen.

Fragerecht / Mitteilungspflicht

Bei Fragen zu Belangen der Studienteilnahme und zu Ergebnissen der Studie können Sie sich an die Projektleiterinnen wenden. Frau Dipl.-Psych. K. Fertl erreichen Sie unter 08051/68-0, Frau PD Dr. M. Rauchfuß unter 030/450-553002.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Anhang C.2 Einverständniserklärung Hauptstudie**Einverständniserklärung für Studienteilnehmerinnen****„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschafts-
verlusten bzw. -abbrüchen“**

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psycho-
somatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der
Humboldt-Universität

(Name, Vorname, bitte in Druckbuchstaben)

Hiermit erkläre ich, dass ich schriftlich über die Bedeutung der oben genannten wissenschaftli-
chen Studie aufgeklärt wurde.

Das Merkblatt zur Studie habe ich mit der Einwilligungserklärung erhalten, es gelesen und ver-
standen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen und einer Weiterverarbei-
tung meiner Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne für mich nachteilige Folgen
widersprechen kann.

Ich willige ein, dass meine im Rahmen der oben genannten Untersuchung erhobenen Gesund-
heitsdaten erfasst, pseudonymisiert ausgewertet und als zusammengefasste statistische Daten
veröffentlicht werden.

(Datum)

(Unterschrift)

Anhang C.3a Screeningfragebogen Hauptstudie stationär**Screeningfragebogen****„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschafts-
verlusten bzw. -abbrüchen“**

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Aus bisherigen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Teil der betroffenen Frauen einen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch ohne anhaltende psychische Folgen verarbeiten kann. Für einen anderen Teil der Betroffenen besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, in der Folge einer solchen Verlusterfahrung verschiedene psychische Beschwerden zu entwickeln.

Mit Ihrer Teilnahme an unserer Untersuchung unterstützen Sie uns bei der Abbildung der Faktoren welche die Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen beeinflussen. Für die optimale Gestaltung einer unter Umständen notwendigen psychotherapeutischen Unterstützung ist die Präzisierung von Risikofaktoren, aber auch von gesundheitserhaltenden Faktoren dringend erforderlich.

Deshalb bitten wir Sie im Folgenden um Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

Bitte füllen Sie diesen Bogen sowie den Bogen zu bisherigen Schwangerschaften auch dann aus, wenn bei Ihnen keine geburtshilfliche Vorbelastung vorliegt. Dies liefert uns wichtige Vergleichsinformationen. Bitte geben Sie die ausgefüllten Fragebögen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung auf dem in der Patientinneninformation genannten Weg an uns zurück. Sie erhalten im Anschluss von unseren Projektmitarbeiterinnen einen weiteren ausführlicheren Fragebogen zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte sowie zu Ihrem aktuellen psychischen Befinden.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

--	--	--	--	--

Teil 1:

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer aktuellen Lebenssituation.

1. **Wie alt sind Sie?**

--	--

2. **Wie groß sind Sie?**

	,		
--	---	--	--

 m

3. **Wie viel wiegen Sie?**

--	--	--

 kg

4. **Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig?**

<input type="checkbox"/>	Ich bin vollzeit-erwerbstätig.	<input type="checkbox"/>	Ich bin teilzeit-erwerbstätig.
<input type="checkbox"/>	Ich bin Auszubildende.	<input type="checkbox"/>	Ich bin Studentin.
<input type="checkbox"/>	Ich bin zur Zeit arbeitslos.	<input type="checkbox"/>	Ich bin Hausfrau.
<input type="checkbox"/>	Ich bin berentet.	<input type="checkbox"/>	Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig (z.B. Krankschreibung).

5. **Wenn ja, welche Tätigkeit üben Sie gerade aus?**

6. **Welchen Schulabschluss haben Sie (nur den höchsten ankreuzen)?**

<input type="checkbox"/>	Kein Abschluss	<input type="checkbox"/>	Sonderschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss
<input type="checkbox"/>	(Fachgebundene) Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	Abitur
<input type="checkbox"/>	Anderer Abschluss: _____		

7. Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?

	Noch in Ausbildung (Schülerin, Studentin, Auszubildende)		Keine Ausbildung / kein Abschluss
	Abgeschlossene Lehre		Fachschulabschluss
	Fachakademie, Meisterschule		Fachhochschulabschluss
	Hochschulabschluss		Anderer Abschluss:

8. Wie ist Ihr Familienstand?

	Ledig		Geschieden/getrennt lebend
	Verheiratet		Verwitwet

9. Haben Sie einen festen Partner?Ja ☐Nein ☐**10. Wenn ja, leben Sie mit Ihrem Partner zusammen?**Ja ☐Nein ☐**11. Haben Sie Kinder?**Ja ☐Nein ☐**12. Wenn ja, wie alt sind diese?****13. Gab es in den letzten Jahren für Sie einschneidende Lebensereignisse? (z.B. Geburt eines Kindes, Tod / Verlust eines Ihnen nahe stehenden Menschen, wichtige Prüfungen, Arbeitslosigkeit, Opfer einer kriminellen Handlung)**Ja ☐Nein ☐**14. Wenn ja, was waren das für Ereignisse? Bitte nennen Sie diese.**

Teil 2:

Im Folgenden bitten wir Sie um Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

15. Lag bei Ihnen jemals eine Schwangerschaft vor? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viele Schwangerschaften lagen vor? _____

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Kurzbefragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einwilligungserklärung und diesen Fragebogen auf dem in Ihrer Patientinneninformation beschriebenen Weg an uns zurück. Anschließend erhalten Sie die ausführlicheren Fragebögen.

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Falls Sie diese Frage mit **Ja** beantwortet haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 16 und füllen anschließend den Fragebogen zu zurückliegenden Schwangerschaften aus.

16. Gab es eine oder mehrere Schwangerschaften, welche nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes endete/n?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Kurzbefragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einwilligungserklärung und diesen Fragebogen auf dem in Ihrer Patientinneninformation beschriebenen Weg an uns zurück. Anschließend erhalten Sie die ausführlicheren Fragebögen.

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Falls Sie diese Frage mit **Ja** beantwortet haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 17.

17. Wie sehr fühlen Sie sich durch die damalige Verlusterfahrung aktuell belastet?

Gar nicht	1	2	3	4	5	6	7	Extrem
-----------	---	---	---	---	---	---	---	--------

18. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Verlust und Ihren aktuellen psychischen Beschwerden?

Ja ☐ Nein ☐

19. Wenn ja, welchen?

--

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung auf dem in der Patientinneninformation beschriebenen Weg an uns zurück.

Anschließend erhalten Sie von unseren Projektmitarbeiterinnen die Fragebögen zur Erfassung Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte sowie Ihres aktuellen psychischen Befindens.

Wir wünschen Ihnen bis dahin eine gute Zeit.

Anhang C.3b Screeningfragebogen Hauptstudie ambulant

Screeningfragebogen

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Aus bisherigen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Teil der betroffenen Frauen einen Schwangerschaftsverlust bzw. -abbruch ohne anhaltende psychische Folgen verarbeiten kann. Für einen anderen Teil der Betroffenen besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, in der Folge einer solchen Verlusterfahrung verschiedene psychische Beschwerden zu entwickeln.

Mit Ihrer Teilnahme an unserer Untersuchung unterstützen Sie uns bei der Abbildung der Faktoren welche die Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen beeinflussen. Für die optimale Gestaltung einer unter Umständen notwendigen psychotherapeutischen Unterstützung ist die Präzisierung von Risikofaktoren, aber auch von gesundheitserhaltenden Faktoren dringend erforderlich.

Deshalb bitten wir Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

Bitte füllen Sie diesen Bogen sowie den Bogen zu bisherigen Schwangerschaften auch dann aus, wenn bei Ihnen keine geburtshilfliche Vorbelastung vorliegt. Dies liefert uns wichtige Vergleichsinformationen. Bitte geben Sie die ausgefüllten Fragebögen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung auf dem in der Patientinneninformation genannten Weg an uns zurück. Sie erhalten im Anschluss von unseren Projektmitarbeiterinnen einen weiteren ausführlicheren Fragebogen zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte sowie zu Ihrem aktuellen psychischen Befinden.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

--	--	--	--	--

Teil 1:

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer aktuellen Lebenssituation.

1. Wie alt sind Sie?

--	--

2. Wie groß sind Sie?

	,			m
--	---	--	--	---

3. Wie viel wiegen Sie?

			kg
--	--	--	----

4. Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig?

<input type="checkbox"/>	Ich bin vollzeit-erwerbstätig.	<input type="checkbox"/>	Ich bin teilzeit-erwerbstätig.
<input type="checkbox"/>	Ich bin Auszubildende.	<input type="checkbox"/>	Ich bin Studentin.
<input type="checkbox"/>	Ich bin zur Zeit arbeitslos.	<input type="checkbox"/>	Ich bin Hausfrau.
<input type="checkbox"/>	Ich bin berentet.	<input type="checkbox"/>	Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig (z.B. Krankschreibung).

5. Wenn ja, welche Tätigkeit üben Sie gerade aus?

6. Welchen Schulabschluss haben Sie (nur den höchsten ankreuzen)?

<input type="checkbox"/>	Kein Abschluss	<input type="checkbox"/>	Sonderschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss
<input type="checkbox"/>	(Fachgebundene) Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	Abitur
<input type="checkbox"/>	Anderer Abschluss: _____		

7. Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/>	Noch in Ausbildung (Schülerin, Studentin, Auszubildende)	<input type="checkbox"/>	Keine Ausbildung / kein Abschluss
<input type="checkbox"/>	Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/>	Fachschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Fachakademie, Meisterschule	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Anderer Abschluss: _____

8. Wie ist Ihr Familienstand?

<input type="checkbox"/>	Ledig	<input type="checkbox"/>	Geschieden/getrennt lebend
<input type="checkbox"/>	Verheiratet	<input type="checkbox"/>	Verwitwet

9. Haben Sie einen festen Partner?Ja ☐Nein ☐**10. Wenn ja, leben Sie mit Ihrem Partner zusammen?**Ja ☐Nein ☐**11. Haben Sie Kinder?**Ja ☐Nein ☐**12. Wenn ja, wie alt sind diese?****13. Gab es in den letzten Jahren für Sie einschneidende Lebensereignisse?** (z.B. Geburt eines Kindes, Tod / Verlust eines Ihnen nahe stehenden Menschen, wichtige Prüfungen, Arbeitslosigkeit, Opfer einer kriminellen Handlung)Ja ☐Nein ☐**14. Wenn ja, was waren das für Ereignisse? Bitte nennen Sie diese.**

14a. Sind Sie aktuell in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

Ja ☐ Nein ☐

14b. Falls ja, können Sie den Grund dafür nennen?

Teil 2:

Im Folgenden bitten wir Sie um Angaben zu Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte.

15. Lag bei Ihnen jemals eine Schwangerschaft vor? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viele Schwangerschaften lagen vor? _____

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Kurzbefragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einwilligungserklärung und diesen Fragebogen auf dem in Ihrer Patientinneninformation beschriebenen Weg an uns zurück. Anschließend erhalten Sie die ausführlicheren Fragebögen.

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Falls Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 16 und füllen anschließend den Fragebogen zu zurückliegenden Schwangerschaften aus.

16. Gab es eine oder mehrere Schwangerschaften, welche nicht mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes endete/n?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie diese Frage mit **Nein** beantwortet haben, ist für Sie die Kurzbefragung damit **abgeschlossen**. Bitte geben Sie ihre Einwilligungserklärung und diesen Fragebogen auf dem in Ihrer Patientinneninformation beschriebenen Weg an uns zurück. Anschließend erhalten Sie die ausführlicheren Fragebögen.

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Falls Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, fahren Sie bitte fort mit Frage 17.

17. Wie sehr fühlen Sie sich durch die damalige Verlusterfahrung aktuell belastet?

Gar nicht	1	2	3	4	5	6	7	Extrem
-----------	---	---	---	---	---	---	---	--------

18. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Verlust und möglichen aktuellen psychischen Beschwerden?

Ja ☐ Nein ☐

19. Wenn ja, welchen?

--

Wir danken Ihnen für die freundliche Unterstützung unserer Untersuchung!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung an unsere Projektmitarbeiterin zurück. Anschließend erhalten Sie von ihr die Fragebögen zur Erfassung Ihrer geburtshilflichen Vorgeschichte sowie Ihres aktuellen psychischen Befindens.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Anhang C.4 Fragebogen zum Verlauf bisheriger Schwangerschaften**Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaften****„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“**

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung. Alle Teilnehmerinnen, welche bereits schwanger waren, bitten wir um verschiedene Angaben zu Verlauf und Ausgang Ihrer bisherigen Schwangerschaften. Im Folgenden möchten wir Ihre geburtshilfliche Vorgeschichte genauer erfassen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

--	--	--	--	--	--

Fragen zum Verlauf und Ausgang bisheriger Schwangerschaften

Im Übersichtsfragebogen haben Sie von einer bzw. mehreren zurückliegenden Schwangerschaften berichtet. Geben Sie bitte alle bisherigen Schwangerschaften mit deren jeweiligem Verlauf und Ausgang an. Die Nummer der zutreffenden Antworten tragen Sie in die dazugehörigen Kästchen ein. In der mehrteiligen Spalte zu Komplikationen und Besonderheiten der Schwangerschaft können Sie bis zu drei Angaben machen. Wählen Sie die wichtigsten aus und ergänzen Sie in den darauf folgenden Spalten auf der nächsten Seite wie und in welcher Schwangerschaftswoche (SSW) die Schwangerschaft endete.



1. Komplikationen / Besonderheiten

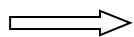
Keine Komplikationen	1
Starkes Erbrechen	2
Blutungen in der 1. Schwangerschaftshälfte	3
Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte	4
Vorzeitige Wehentätigkeit / drohende Frühgeburt	5
Gestose (Wasser in den Beinen, Eiweiß im Urin, Bluthochdruck)	6
Zeichen der Mangelentwicklung des Kindes	7
Risiko in der Vorgeschichte	8
Zwillingsschwangerschaft	9
Bauchhöhlen- bzw. Eileiterschwangerschaft	10
Anderes (bitte nennen)	11

Schwangerschaft

Jahr

Bitte die Nummern der zutreffenden Antworten für jede Schwangerschaft eintragen.

	↓		↓	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fortsetzung der Fragen von der linken Seite

3. Diese Schwangerschaft endete mit ...

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| 2. Diese Schwangerschaft war ... | | der termingerechten Geburt (nach der 37. SSW). | 1 |
| | | der termingerechten Geburt eines Kindes < 2,5 kg. | 2 |
| zu diesem Zeitpunkt geplant. | 1 | einer Frühgeburt vor der 37. SSW. | 3 |
| | | einer Totgeburt. | 4 |
| zu einem späteren Zeitpunkt geplant. | 2 | einer Fehlgeburt im 5.-7. Monat. | 5 |
| | | einer Fehlgeburt im 1.-4. Monat. | 6 |
| nicht geplant. | 3 | einem Abbruch bei medizinischer Indikation. | 7 |
| | | einem Abbruch aus psychosozialen Beweggründen. | 8 |

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jede Schwangerschaft eintragen.

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jede Schwangerschaft eintragen.



Schwangerschaft

4. Die Schwangerschaft endete in derten SSW

1

2

3

4

5

6

7

8

Anhang C.5 Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsverlusten**Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsverlusten****„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“**

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung. Aufbauend auf Ihren Angaben im Übersichtsfragebogen möchten wir im Folgenden Ihre geburtshilfliche Vorgeschichte genauer erfassen. Deshalb bitten wir Sie um Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

--	--	--	--

➡ Fortsetzung der Fragen von der linken Seite (SSV = Schwangerschaftsverlust)

	4. Wie wurde der Verlust festgestellt?				6. Nach dem Verlust...		
	Eintreten von Blutungen	1			wurde eine Curettage (Ausschabung der Gebärmutter) vorgenommen.	1	
	Ultraschallbefund beim Frauenarzt	2			wurde ich stationär behandelt.	2	
	Spontaner Abgang der Frucht	3			Keines der beiden oben genannten	3	
	<i>Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Verlust eintragen – Mehrfachnennungen möglich!</i>			5. Ist Ihnen die Diagnose, die bei diesem Verlust gestellt wurde, bekannt? Wenn ja, bitte nennen Sie diese Diagnose.	<i>Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Verlust eintragen – Mehrfachnennungen möglich!</i>		
SSV	↓	↓		↓		↓	
1. SSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. SSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. SSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang C.6 Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation

Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen (medizinische Indikation)

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschaftsverlusten bzw. -abbrüchen“

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung. Aufbauend auf Ihren Angaben im Übersichtsfragebogen möchten wir im Folgenden Ihre geburtshilfliche Vorgeschichte genauer erfassen. Deshalb bitten wir Sie um Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin


PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

Zurückliegende Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation

Im Übersichtsfragebogen haben Sie von einem bzw. mehreren zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer Indikation berichtet. Der Einfachheit halber wird im Folgenden von Abbruch gesprochen, wenn Schwangerschaftsabbruch gemeint ist. Geben Sie bitte für alle zurückliegenden **Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation** die erfragten Informationen an. Die Nummer der zutreffenden Antworten tragen Sie in die dazugehörigen Kästchen ein.







2. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Sie?

Sehr unerwünscht	1
Unerwünscht	2
Eher unerwünscht	3
Weder noch	4
Eher erwünscht	5
Erwünscht	6
Sehr erwünscht	7

3. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Ihren Partner?

Sehr unerwünscht	1
Unerwünscht	2
Eher unerwünscht	3
Weder noch	4
Eher erwünscht	5
Erwünscht	6
Sehr erwünscht	7

Schwangerschaftsabbrüche	1. In welcher SSW wurde der Abbruch durchgeführt?	Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jede Schwangerschaft eintragen.	Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jede Schwangerschaft eintragen.
			
1. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	4. Ist Ihnen die Diagnose, die bei diesem Abbruch gestellt wurde, bekannt? Wenn ja, bitte nennen Sie diese Diagnose.	5. Ist Ihnen die Notwendigkeit der Maßnahme vom Behandler verständlich und ausreichend aufgezeigt worden? (Zutreffendes bitte ankreuzen.) (1= Nein, gar nicht., 7= Ja, voll und ganz.)							
Abbrüche ↓	↓	↓							
1. Abbruch	_____	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
2. Abbruch	_____	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
3. Abbruch	_____	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
4. Abbruch	_____	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
5. Abbruch	_____	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			

	6. Gab es die Möglichkeit, sich ausreichend mit dem Partner zu beraten?	7. Gab es die Möglichkeit, vor oder nach dem Eingriff ein psychologisches Gespräch in Anspruch zu nehmen?	8. Falls ja, haben Sie das psychologische Gespräch in Anspruch genommen?	9. Falls nein, hätten Sie gerne die Möglichkeit eines Gesprächs gehabt?
	Ja 1	Ja 1	Ja 1	Ja 1
	Nein 2	Nein 2	Nein 2	Nein 2
Abbrüche ↓	↓	↓	↓	↓
1. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.

 Fortsetzung

Abbrüche	10. Wie viele Tage sind zwischen Dia- gnosestellung und Durchführung des Abbruchs vergan- gen?	11. Mit welcher Methode wurde der Abbruch durchgeführt?	12. Wurden Sie nach diesem Schwanger- schaftsabbruch sta- tionär behandelt?
		Einzeitiges Vorgehen (Absau- gung oder Ausschabung unter Narkose)	1 Ja 1
		Zweizeitiges Vorgehen (medi- kamentöse Einleitung der We- hentätigkeit und damit einer vorzeitigen Geburt)	2 Nein 2
		<i>Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Ab- bruch eintragen.</i>	
↓	↓	↓	↓
1. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Abbruch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anhang C.7 Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung

Fragebogen zu bisherigen Schwangerschaftsabbrüchen (Beratungsregelung)

„Anhaltende psychische Belastung bei Frauen mit zurückliegenden Schwangerschafts-verlusten bzw. -abbrüchen“

der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psycho-somatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Charité und der Psychologischen Fakultät der Humboldt-Universität

Sehr geehrte Patientin,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung. Aufbauend auf Ihren Angaben im Übersichtsfragebogen möchten wir im Folgenden Ihre geburtshilfliche Vorgeschichte genauer erfassen. Deshalb bitten wir Sie um Angaben zu zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kerstin Fertl
Diplom-Psychologin
Klinik Roseneck, Prien

Prof. Dr. Edgar Geissner
Leitender Diplom-Psychologe
Klinik Roseneck, Prien

PD Dr. Reinhard Beyer
Diplom-Psychologe
Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Martina Rauchfuß
Oberärztin Psychosomatik
Charité, Berlin

Um den Datenschutz zu gewährleisten, codieren wir Ihre Fragebögen mit einem Passwort.

Ihr individuelles Passwort:

--	--	--	--

Zurückliegende Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung

Im Übersichtsfragebogen haben Sie von einem bzw. mehreren zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung berichtet. Der Einfachheit halber wird im Folgenden von Abbruch gesprochen, wenn Schwangerschaftsabbruch gemeint ist. Geben Sie bitte für alle zurückliegenden **Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung** die erfragten Informationen an. Die Nummer der zutreffenden Antworten tragen Sie in die dazugehörigen Kästchen ein.

↓		2. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Sie?		3. Wie erwünscht war diese Schwangerschaft für Ihren Partner?	
		Sehr unerwünscht	1	Sehr unerwünscht	1
		Unerwünscht	2	Unerwünscht	2
		Eher unerwünscht	3	Eher unerwünscht	3
		Weder noch	4	Weder noch	4
		Eher erwünscht	5	Eher erwünscht	5
		Erwünscht	6	Erwünscht	6
		Sehr erwünscht	7	Sehr erwünscht	

Schwanger- schaftsabbrü- che	1. In welcher SSW wurde der Abbruch durchge- führt?	<i>Bitte die Nummer der zutreffen- den Antwort für jede Schwan- gerschaft eintragen.</i>	<i>Bitte die Nummer der zutreffen- den Antwort für jede Schwan- gerschaft eintragen.</i>
↓	↓	↓	↓
1. Abbruch			
2. Abbruch			
3. Abbruch			

4. War es Ihnen möglich, die Entscheidung für den Abbruch ohne äußere Einflussnahme zu treffen?

Ja 1

Nein 2

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.

Abbrüche



1. Abbruch

2. Abbruch

3. Abbruch

5. Falls nein, wer oder was hinderte Sie daran?

6. Unterstützte Sie Ihr Partner in Ihrer Entscheidung?

Ja 1

Nein 2

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.



8. Haben Sie weiteren Personen (Verwandten oder Freunden) von ihrer Schwangerschaft und dem Abbruch erzählt?

Ja 1

Nein 2

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.

9. Falls ja, erlebten Sie dies als hilfreich?

Ja 1

Nein 2

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.

Abbrüche



1. Abbruch

2. Abbruch

3. Abbruch

7. Falls Ihr Partner Sie nicht unterstützte, warum war dies nicht der Fall?

➡ Fortsetzung

11. Welches war der Hauptgrund für den Abbruch?

Ich fühlte mich nicht bereit für ein Kind. **1**

Es gab Beziehungsprobleme mit dem Vater des Kindes. **2**

Die Schwangerschaft war ein Unfall/ nicht geplant. **3**

Durch das Kind wäre ich in finanzielle Nöte geraten. **4**

Die Schwangerschaft entstand aus einer Vergewaltigung/ einem Missbrauch. **5**

Die Familie forderte es. **6**

Ich wollte kein weiteres Kind. **7**

Ich fühlte mich zu alt dazu, ein Kind großzuziehen. **8**

Ich war nicht verheiratet. **9**

Sonstiges: **10**

12. Würden Sie sich rückblickend nochmals genauso entscheiden?

Ja1

Nein2

Abbrüche

10. Falls nein, was hat Sie davon abgehalten?



1. Abbruch _____

2. Abbruch _____

3. Abbruch _____

Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.



Bitte die Nummer der zutreffenden Antwort für jeden Abbruch eintragen.

